

E-mail : kobayashi@keimed.co.jp

申込期限 : 2024 年 9 月 30 日 (月)

FAX : 03-6803-1534

申し込み先 : 第 44 回医療情報学連合大会 企業協賛運営事務局  
株式会社ケイ・メッド 担当 : 小林  
〒121-0823 東京都足立区伊興 1-2-8  
TEL: 03-6803-1522 FAX: 03-6803-1534

## 第 44 回医療情報学連合大会 企業展示出展申込書

申込日 2024 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください

※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

◆申込内容 ※希望小間数をご記入ください。

小間タイプ (間口 2m×奥行 1.5m×高さ 2.5m) \_\_\_\_\_ 小間

※A タイプで 4 小間以上をご希望の方は、複列もしくは単列のご希望をご記入ください。

複列 (偶数数) 

--	--	--

 単列 

--	--	--

◆展示内容 (予定) ※該当する項目欄に☑印を記入し、出展物についてご記入ください

- 1. 病院情報システム…… 病院情報システム、オーガニズエーションシステム、医事会計システム、病院経営管理など
- 2. 診療所システム…… 小規模病院・診療所システムなど
- 3. 看護情報システム…… 看護支援業務システム、看護管理システム、看護過程システムなど
- 4. 薬剤情報システム…… 薬剤業務支援、処方・注射オーガニズエーション、服薬指導・薬歴管理、医薬品管理など
- 5. 電子カルテシステム…… 電子カルテ、医療・診断支援システムなど
- 6. 画像診断システム…… 画像ファイルと配信、医用画像処理・解析、バーチャルリアリティなど
- 7. 検査情報システム…… 検査業務支援システム、自動分析機器など
- 8. インフラシステム…… 通信・ネットワーク、セキュリティシステムなど
- 9. 広域医療、介護・福祉…… 地域医療、在宅ケア、遠隔医療、介護・福祉情報、介護保険情報など
- 10. 情報教育…… 医療情報学、看護情報学、マルチメディア、電子教科書、電子ジャーナルなど
- 11. その他…… ( )

出展品を具体的にご記入ください

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

E-mail : kobayashi@keimed.co.jp

申込期限 : 2024 年 9 月 30 日 (月)

FAX : 03-6803-1534

申し込み先 : 第 44 回医療情報学連合大会 企業協賛運営事務局  
株式会社ケイ・メッド 担当 : 小林  
〒121-0823 東京都足立区伊興 1-2-8  
TEL: 03-6803-1522 FAX: 03-6803-1534

## 第 44 回医療情報学連合大会 カタログ展示出展申込書

申込日 2024 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください

※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

### ◆申込内容

\_\_\_\_\_ 棚

### ◆カタログ展示内容 (予定)

※該当する項目欄に☑印を記入してください。製品カタログの場合はそのカテゴリーもご記入してください。

1. 会社プロフィール

2. 製品カタログ

病院・診療所情報システム

看護・薬剤情報システム

電子カルテシステム

画像診断システム

検査情報システム

インフラシステム

広域医療, 介護・福祉関連

情報教育関連

その他

(

)

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

E-mail : kobayashi@keimed.co.jp

申込期限 : 2024 年 8 月 30 日 (金)

FAX : 03-6803-1534

申し込み先 : 第 44 回医療情報学連合大会 企業協賛運営事務局  
株式会社ケイ・メッド 担当 : 小林  
〒121-0823 東京都足立区伊興 1-2-8  
TEL: 03-6803-1522 FAX: 03-6803-1534

## 第 44 回医療情報学連合大会 展示 (ホスピタリティ) ルーム申込書

申込日 2024 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください

※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

◆申込内容 ※希望タイプ仕様に☑印をしてください。

展示ルームに申し込みます

Aタイプ (特設仕様)  Bタイプ-1 (部屋仕様)  Bタイプ-2 (部屋仕様)

使用方法 (案) ※案でも結構ですので、必ずご記入ください。

--

ご要望

--

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

E-mail : kobayashi@keimed.co.jp

申込期限 : 2024 年 9 月 30 日 (月)

FAX : 03-6803-1534

申し込み先 : 第 44 回医療情報学連合大会 企業協賛運営事務局  
株式会社ケイ・メッド 担当 : 小林  
〒121-0823 東京都足立区伊興 1-2-8  
TEL: 03-6803-1522 FAX: 03-6803-1534

## 第 44 回医療情報学連合大会 広告掲載申込書

申込日 2024 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください

※ご記入いただいた個人情報内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

- ◆お申込内容 ※該当する項目欄に☐印をご記入ください。(複数記入可)  
※幕間広告の場合は、枠数(15秒/枠)も必ずご記入ください。

- |                 |                          |                 |
|-----------------|--------------------------|-----------------|
| 1. 幕間広告         | <input type="checkbox"/> | 幕間広告 ( 枠)       |
| 2. 各種印刷制作物      | <input type="checkbox"/> | 参加登録証           |
|                 | <input type="checkbox"/> | コンgresバッグ ( □)  |
| 3. ホームページバナー広告  | <input type="checkbox"/> | ホームページバナー       |
| 4. 抄録 Web・アプリ広告 | <input type="checkbox"/> | 抄録 Web/アプリバナー広告 |

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

E-mail : kobayashi@keimed.co.jp

申込期限 : 2024 年 8 月 30 日 (金)

FAX : 03-6803-1534

申し込み先 : 第 44 回医療情報学連合大会 企業協賛運営事務局  
株式会社ケイ・メッド 担当 : 小林  
〒121-0823 東京都足立区伊興 1-2-8  
TEL: 03-6803-1522 FAX: 03-6803-1534

## 第 44 回医療情報学連合大会 共催セミナー申込書

申込日 2024 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください

※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

- ◆申込内容 ※該当セミナー欄に印し、かつこの希望日時・場所をご記入ください。プログラム等の兼ね合いで  
ご相談させていただくことがございます。  
※希望日時は、第 1 希望日および第 2 希望日を必ず記載ください。  
※複数のセッション希望もお受けします。

ランチョンセミナー  スイーツセミナー (24 日開催無し)

イブニングセミナー (23 日開催のみ)

第 1 希望  11 月 22 日(金)  11 月 23 日(土)  11 月 24 日(日)

第 2 希望  11 月 22 日(金)  11 月 23 日(土)  11 月 24 日(日)

希望規模  タイプ A  タイプ B

- ◆予定(候補)座長・演者

テーマ/演題名 :
座長 :
演者 :

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

申込期限 : 2024 年 11 月 20 日 (水)

## 第 44 回医療情報学連合大会 寄付申込書

第 44 回医療情報学連合大会

大会長 中島 直樹 殿

申込日 2024 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
	印	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※ 住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください

※ ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

第 44 回医療情報学連合大会の趣旨に賛同し、下記のとおり寄付いたします。

### 記

1. 寄付金額 金 円

2. 振込予定日 2024 年 月 日

3. 振込先 福岡銀行（金融機関コード 0177） 県庁内支店（店番 213）  
普通 1230502  
第 44 回医療情報学連合大会 大会長 中島 直樹  
ダイ 44 カイヨウガクヨウカガクノゴウカイ タカハツ カシ ナキ

本書は必ず社判捺印の上、メールまたはファックスにてお送りいただきますようお願い申し上げます

ファックスの場合 : 03-6803-1534

メール・郵送の場合 : 第 44 回医療情報学連合大会 企業協賛運営事務局  
〒121-0823 東京都足立区伊興 1-2-8

株式会社ケイ・メッド 担当 : 小林 正弘

TEL : 03-6803-1522 FAX : 03-6803-1534

E-mail : kobayashi@keimed.co.jp