

申し込みフォーム

名称*	
日時*	年 月 日 () 時間 : ~ :
会場*	会場名称* : 所在地 : 交通手段 :
講師	
対象*	
主催*	
共催	
参加費*	
定員*	
内容	プログラムの概要を、あるいは時系列でプログラム内容について記載する 200 文字以内を目安とする
申込み方法	
問い合わせ先*	
追加欄	

当学会の名義後援を受けている*	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
添付ファイルの有無*	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合、必要に応じて詳細内容が分かる PDF ファイルや、Web リンクなどを添付してください
掲載希望*	<input type="checkbox"/> 学会ホームページ <input type="checkbox"/> 学会メーリングリスト <input type="checkbox"/> 学会公式 SNS (Facebook・Twitter)
配信希望日*	<input type="checkbox"/> あり (月 日) <input type="checkbox"/> なし

*は記入必須項目です

申し込みフォーム（記入例）

名称*	2019年度 第2回〇〇〇
日時*	2019年 4月 1日（月） 時間 10:00 ～ 12:00（受付9:30～） 注 年は西暦で記入してください。複数日にまたがる場合は「～」で結んでください。
会場*	会場名称*: 〇〇 第1会議室 所在地: 東京都〇〇区〇〇1-23-456 交通手段: 〇〇駅より徒歩5分
講師	田中一郎（〇〇病院リハビリテーション科〇〇 言語聴覚士） 注 講師名と所属・肩書を記入してください。
対象*	言語聴覚士
主催*	日本吃音・流暢性障害学会
共催	
参加費*	事前申し込み 2,000円 当日申し込み 4,000円
定員*	100名
内容	注 概要を300字以内（目安）で、あるいは時系列でプログラム内容について10行以内（目安）で記載してください。
申込み方法	
問い合わせ先*	以下の URL をご参照ください。 http://www..... 注 連絡が取れる電話番号・メールアドレス・ホームページアドレスなどを記載してください。
追加欄	注 上記以外で追加する項目がある場合はここに記入してください。

当学会の名義後援を受けている*	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
添付ファイルの有無*	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ありの場合、必要に応じて詳細内容が分かる PDF ファイルや、Web リンクなどを添付してください
掲載希望*	<input checked="" type="checkbox"/> 学会ホームページ <input checked="" type="checkbox"/> 学会メーリングリスト <input type="checkbox"/> 学会公式 SNS (Facebook・Twitter)
配信希望日*	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日） <input checked="" type="checkbox"/> なし

*は記入必須項目です