【送信先】E-mail：cinp2024-sponsor@convention-plus.com
CINP/JSNP/JSCNP2024 運営事務局
株式会社コンベンションプラス　宛
Tel. 03-4355-1141

第35回国際神経精神薬理学会世界大会(CINP2024)
第54回日本神経精神薬理学会(JSNP2024)/第34回日本臨床精神神経薬理学会(JSCNP2024)合同年会

共催セミナー申込書

申込日　　年　　月　　日

貴社名	日本語表記	
	英語表記	
所在地	（〒　　） 住所	
ご担当者	氏名	TEL
	所属部課	FAX
	E-mail　※必須(お申込後はE-mailでのご案内となります)	

◇申込セッション　□ランチョンセミナー　□スポンサードシンポジウム
□Meet the Expert　□モーニングセミナー

◇ルームコード（例 A-350）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◇開催希望日　第1希望＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
第2希望＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◇セミナー等内容　※ご希望を伺った上で、本大会のプログラム委員会で調整させていただきます。

テーマ	
講演者	
座長	

◇備考

【送信先】E-mail：cinp2024-sponsor@convention-plus.com
CINP/JSNP/JSCNP2024 運営事務局
株式会社コンベンションプラス　宛
Tel. 03-4355-1141

第 35 回国際神経精神薬理学会世界大会(CINP2024)
第 54 回日本神経精神薬理学会(JSNP2024)/第 34 回日本臨床精神神経薬理学会(JSCNP2024)合同年会

プログラム集広告掲載申込書

申込日　　年　　月　　日

貴社名	日本語表記	
	英語表記	
所在地	(〒　　) 住所	
ご担当者	氏名	TEL
	所属部課	FAX
	E-mail　※必須(お申込後は E-mail でのご案内となります)	

◇広告詳細：掲載を希望する種類の「お申込」欄に〇印をご記入ください。

種類	タイプ	CINP2024 英文プログラム集 金額(税別)	お申込	JSNP/JSCNP2024 和文プログラム集 金額(税別)	お申込
1　表４(裏表紙)	カラー　１頁	~~200,000 円~~		200,000 円	
2　表３(裏表紙の裏)	カラー　１頁	150,000 円		150,000 円	
3　表２(表表紙の裏)	カラー　１頁	~~150,000 円~~		~~150,000 円~~	
4　後付 A(記事中)	カラー　１頁	120,000 円		120,000 円	
5　後付 B(記事中)	モノクロ　１頁	100,000 円		100,000 円	
6　後付 C(記事中)	モノクロ　1/2 頁	60,000 円		60,000 円	

※ページ割りにつきましては、大会幹事にご一任くださいますようお願い申し上げます。

◇備考

【送信先】E-mail：cinp2024-sponsor@convention-plus.com
CINP/JSNP/JSCNP2024 運営事務局
株式会社コンベンションプラス　宛
Tel. 03-4355-1141

第 35 回国際神経精神薬理学会世界大会(CINP2024)
第 54 回日本神経精神薬理学会(JSNP2024)/第 34 回日本臨床精神神経薬理学会(JSCNP2024)合同年会

大会ホームページバナー広告掲載申込書

申込日　　年　　月　　日

貴社名	日本語表記	
	英語表記	
所在地	(〒　　) 住所	
ご担当者	氏名	TEL
	所属部課	FAX
	E-mail　※必須(お申込後は E-mail でのご案内となります)	

◇お申込媒体：バナー掲載を希望するホームページの「お申込」欄に〇をご記入ください。
※国内 2 学会では演題登録や事前参加登録など多くのコンテンツページを共同で利用します。

媒体名	お申込
第 35 回国際神経精神薬理学会世界大会　ホームページ(英文)	
第 54 回日本神経精神薬理学会年会/第 34 回日本臨床精神神経薬理学会学術集会　合同年会　ホームページ(和文)	

◇バナー広告リンク先 URL

◇備考

【送信先】E-mail：cinp2024-sponsor@convention-plus.com
CINP/JSNP/JSCNP2024 運営事務局
株式会社コンベンションプラス　宛
Tel. 03-4355-1141

第 35 回国際神経精神薬理学会世界大会(CINP2024)
第 54 回日本神経精神薬理学会(JSNP2024)/第 34 回日本臨床精神神経薬理学会(JSCNP2024)合同年会

関連グッズ制作協力申込書

申込日　　年　　月　　日

貴社名	日本語表記	
	英語表記	
所在地	（〒　　） 住所	
ご担当者	氏名	TEL
	所属部課	FAX
	E-mail　※必須(お申込後は E-mail でのご案内となります)	

◇お申込内容：希望する種類の「お申込」欄に〇印をご記入ください。

種類	金額（税別）	**申込**
~~コングレスバック~~	~~3,000,000 円~~	
~~ネックストラップ~~	~~応相談~~	
ポスターセッション広告	1,000,000 円	
Gala Dinner (Cruising)	1,500,000 円	
Welcome Reception	1,000,000 円	
ネットワーキングブレイク	1,500,000 円	
充電スポット	1,500,000 円	
コングレスバック PR アイテム内包	750,000 円	
インフォメーションデスク	800,000 円	
プロモーションビデオ	350,000 円	

◇備考

【送信先】E-mail：cinp2024-exh@convention-plus.com
CINP/JSNP/JSCNP2024 運営事務局
株式会社コンベンションプラス　宛
Tel. 03-4355-1141

第 35 回国際神経精神薬理学会世界大会(CINP2024)
第 54 回日本神経精神薬理学会(JSNP2024)/第 34 回日本臨床精神神経薬理学会(JSCNP2024)合同年会

附設展示申込書

申込日　　年　　月　　日

貴社名	日本語表記	
	英語表記	
所在地	（〒　　） 住所	
ご担当者	氏名	TEL
	所属部課	FAX
	E-mail　※必須(お申込後は E-mail でのご案内となります)	

◇申込小間数

☐ A タイプ　60,000 円　×　＿＿＿＿＿＿平方メートル　金額（税別）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

☐ B タイプ　300,000 円　×　＿＿＿＿＿＿小間　金額（税別）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

◇特別装飾を専門会社に依頼し施工予定の場合は、チェックをしてください。

☐ 自社にて特別装飾を予定

◇展示出品物について　※出品物の主製品などご記入ください。小間割の際に必要です。
また、重量物(100kg 越え）がある場合もご記入ください。

展示出品物	サイズ(幅×奥行×高さ mm)	重量(kg)

◇通信欄

【送信先】E-mail：cinp2024-exh@convention-plus.com
CINP/JSNP/JSCNP2024 運営事務局
株式会社コンベンションプラス　宛
Tel. 03-4355-1141

第 35 回国際神経精神薬理学会世界大会(CINP2024)
第 54 回日本神経精神薬理学会(JSNP2024)/第 34 回日本臨床精神神経薬理学会(JSCNP2024)合同年会

貴会の趣旨に賛同し、下記金額を寄付金として申し込みます。

金　　円也

振込口座：　三菱UFJ 銀行　上北沢支店（店番：160）　普通 ０２６１６０８
口座名：　ＣＩＮＰ２０２４準備委員会　代表　池田　和隆
（シーアイエヌピーニセンニジュウヨンジュンビイインカイ ダイヒョウ イケダ カズタカ）

申込日　　年　　月　　日

氏　名 または 法人名	日本語表記
	英語表記
担当者 所属・氏名 （法人の場合）	
住所	〒
TEL	
FAX	
E-mail	
振込予定日	