

## 第 25 回群馬県理学療法士学会への ご協賛のお願い

第 25 回群馬県理学療法士学会の開催にあたり、充実した学会の実現、円滑な運営を進めるために、皆様が所属されている施設や関係・関連企業様に、ご協賛を頂けますように働きかけをお願い致します。

ご協賛をいただいた場合、学会ホームページ上の協賛ご芳名一覧に掲載させていただきます（希望によりご芳名にご指定の URL へリンク設定をすることも可能です）。

ご協賛をいただける場合には、大変お手数ですが裏面の回答書を下記の宛先まで FAX にてご連絡ください。

※本学会は紙媒体での抄録集を発行いたしませんので、広告の募集はありません。予めご了承ください。学会当日に協賛企業紹介ブースを設けますので、ご回答頂く際にご希望の有無を明記して下さい。

事務局 : 学校法人昌賢学園 群馬医療福祉大学リハビリテーション学部内  
第 25 回群馬県理学療法士学会準備委員会 準備委員長 多田菊代  
〒371-0023 群馬県前橋市本町 2-12-1 前橋プラザ元気 21 内  
TEL:027-210-1294 (代表) FAX:027-260-1294  
E-mail:25PT.gakkai@gmail.com

回答書 (返送用 FAX)

FAX 番号 027 - 260 - 1294 (表紙不要)

送信先 第 25 回群馬県理学療法士学会準備委員会

群馬医療福祉大学 リハビリテーション学部 多田 菊代 宛

送信者 \_\_\_\_\_ 様

申し込み日 平成 29 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. 貴施設・御社につきまして

名 称: \_\_\_\_\_

住 所: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E メールアドレス: \_\_\_\_\_

御担当者名: \_\_\_\_\_

2. ご協賛内容 1 口 5,000 円 (ご協賛頂ける口数を下記へご記入ください)

申し込み \_\_\_\_\_ 口 ( \_\_\_\_\_ 円)

3. 学会ホームページ上での協賛ご芳名一覧への掲載の可否

可 ・ 否

4. ご芳名にご指定の URL へのリンク設定を希望

有 ・ 無

5. 学会当日、企業紹介ブースの参加を希望 (紹介ブース要項をご確認ください。)

有 (電源の使用: 有 ・ 無) ・ 無

電源使用 有の場合 [ 内訳: 例) ノート PC2 台 ]

※ 振込先や URL 等につきましては、改めてご連絡させていただきます。