

# 第27回群馬県理学療法士学会への ご協賛のお願い（内容変更あり）

第27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。また、今学会をWEB開催に変更いたしました。そのため、ランチタイムでの施設紹介は無くなります。そのため、協賛医療機関・施設様には、学会ホームページ上の協賛ご芳名一覧また、アピール原稿の掲載やご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を検討しております。また現在、協賛金の減額変更も検討中です。申込用紙には現時点での協賛金額を記載しております。又場合によっては、協賛が無くなることもお含みください。その場合、勿論、協賛金は回収いたしません。変更時は随時、ご迷惑の行かぬようお知らせいたします。今後、新型コロナウイルスの感染状況の影響で学会の開催方法に伴う変更がございますことを、ご理解いただければ幸いです。

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に8月10日までに下記の宛先まで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。多くのご協賛をお願いいたします。

※お振込みは、後日、案内させていただきます。

事務局 : 株式会社 孫の手

第27回群馬県理学療法士学会準備委員会 準備委員長 田村明信

〒379-2304 群馬県太田市大原町 156-3

TEL:0277-46-7010 FAX:0277-46-7020

E-mail:27pt.gakkai@gmail.com

## 回答書（返送用 FAX）

FAX 番号 0277-46-7020 （表紙不要）  
送信先 第 27 回群馬県理学療法士学会準備委員会  
株式会社 孫の手 内  
準備委員長 田村明信 宛

送信者 \_\_\_\_\_ 様

申し込み日 \_\_\_\_\_ 令和 2 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。 協賛金額の減額変更を検討しております。）

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、アピール文の掲載の可否

可 ・ 否

### 4. ご芳名にご指定の URL へのリンク設定を希望

有 ・ 無

※ 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。