**第29回群馬県理学療法士学会への**

**ご協賛のお願い**

第29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・地元企業様に、ご協賛を頂けますように働きかけをお願い致します。

ご協賛をいただけた場合、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。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務局 | ： | 医療法人　樹心会　角田病院 |
|  |  | 第29回群馬県理学療法士学会準備委員会  学会長　富田隆之　　準備委員長　荒木海人 |
|  |  | 〒370-1133　群馬県佐波郡玉村町上新田675-4 |
|  |  | TEL:0270-65-7171　FAX:0270-65-9829 |
|  |  | E-mail:　 gpta29tnd.2022@gmail.com |

**回答書（返送用FAX）**

**FAX番号　 0270-65-9829　（表紙不要）**

**送信先　 第29回群馬県理学療法士学会準備委員会**

**角田病院**

**荒木　海人　宛**

**送信者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 様**

**申し込み日　　　　令和4年　　　　　月　　　　　日**

**1．貴施設・御社につきまして**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **名　称：** |  | | | | |
| **住　所：** |  | | | | |
| **T E L：** |  | | | **F A X：** |  |
| **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（　　 計　　 　 　　　　　　　　円）**

**3．学会ホームページ上や掲示など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**

**＊振込先やURL等につきましては、改めてご連絡させて頂きます。**