

関係者各位

2017 年 2 月吉日

国際統合リハビリテーション協会 関東支部
第 1 回ワークショップ・学術大会 実行委員会

協賛出展および広告掲載のお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、来る2017年4月29日(土)・30日(日)の2日間、板橋区立グリーンホールにおきまして、下記のとおり第1回ワークショップ・学術大会を開催いたします。

国際統合リハビリテーション協会の主催する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を対象としたセミナーの受講者は合計5,000名を越え、教育機関として大きく発展して参りました。本大会においても最大100名の参加者を見込んでおります。

本大会では、製品展示(ブース展示可)、また本大会小冊子への広告掲載も募集しております。

つきましては、別紙募集要項をご一読の上学術大会の趣旨をご理解いただき、展示への参加ならびに広告掲載についてご検討、格別のご高配を賜りたく、何卒よろしくお願い申し上げます。

第1回ワークショップ・学術大会開催概要

会期：2017年4月29日(土)・30日(日)

会場：板橋区立グリーンホール 601会議室

〒173-0015 東京都板橋区栄町36-1

規模：参加予定者 100名(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他医療・介護関係者)

ワークショップ・学術大会会長：齋藤 信

テーマ：選択がもたらす生活とリハビリテーション

お申込・お問合せ先：第1回ワークショップ・学術大会、運営事務局

住所：〒107-0062 東京都港区南青山2-2-15 ウィン青山942

メール：maturi@iairkanto.jp 電話番号【齋藤】：070-2804-0646

【第1回ワークショップ・学術大会 Web Site】 http://iairkanto.jp/post_lp/kc2017haru/

敬具

第1回ワークショップ、学術大会協賛出展・広告掲載 募集要項

協賛プランA（1枠）：壇上でのデモ+展示デモ

本大会期間中、壇上でのデモを行うことができます。また、会場内に設けられる展示スペースでも、展示・デモを行うことができます。

協賛料 75,000 円(2日間)

- 1 デモ発表 学術大会(2日目)にてデモ発表(20分予定)を行うことができます。
 - 2 小冊子へ製品紹介記事を投稿いただけます。
- ・PC、モニターの貸与はございません。各自ご持参くださいますようお願いいたします。
 - ・電源の数に限りがございます。申し込み時にお知らせ願います。
 - ・展示スペース等についての詳細はお申込受付後、ご案内させていただきます。

協賛プランB：展示デモ

本大会期間中、会場内に設けられる展示スペースで、展示・デモを行うことができます。

協賛料 35,000 円(2日間)

- ・PC、モニターの貸与はございません。各自ご持参くださいますようお願いいたします。
- ・電源の数に限りがございます。申し込み時にお知らせ願います。
- ・展示スペース等についての詳細はお申込受付後、ご案内させていただきます。

協賛プランC：広告掲載（Web トップページ http://iairkanto.jp/post_lp/kc2017haru/）本シンポジウム案内のWebトップページへのバナー広告を掲載できます(先着お申し込み順で上から)。

協賛料（掲載料金）

静止画像175×80(gif又はjpg) 15,000円(契約以降順次公開、学術大会終了まで)

※ 当協会の関東支部の公式Web Siteは月間10,000件のアクセスがあり、そのほとんどが理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の方々です。

協賛プランD：賛助金による協賛

本大会では、企業・団体からのご賛助を受け付けております。ご協力のほど、よろしく願います。賛助金 一口 6,000 円

特典 一口につき、1名様を無料でご招待させていただきます。

お申込方法

同封の申込書をご利用の上、ご返送ください。FAX・郵送にて受け付けております。また、E-mailでも受け付けております。お申込をいただき次第、詳細をご連絡させていただきます(基本的にはE-mailにてご連絡させていただきます)。

第1回ワークショップ・学術大会 事務局

お申込・お問合せ先：第1回ワークショップ・学術大会、運営事務局

メール：maturi@iairkanto.jp

担当者：加藤淳

○E-mailにて申し込み maturi@iairkanto.jp まで

件名：第1回ワークショップ・学術大会協賛の件

本文に、

- 1：御社名
 - 2：御担当者様氏名
 - 3：御社電話番号（御担当者様の携帯電話もあればご記載願います）
 - 4：メールアドレス
 - 5：ご希望の協賛プラン（A～D ご希望のプランをご記載下さい）
- を明記の上、上記メールアドレスへ送信お願い致します。

○FAXにて申し込み FAX：(03 - 6733 - 8330) まで

※記入欄

御社名： _____ (例) (社) 国際統合リハビリテーション

御担当者様氏名： _____ (例) 国際 太郎

御社電話番号・御担当者様携帯： _____

御社メールアドレス： _____

ご希望の協賛プラン（○をお付け下さい）： A・B・C・D

※ メールアドレスは、PC メール でお願ひします。（携帯メールアドレス不可）

※ お間違えのない様、再確認をお願い致します（記入漏れやお間違えがありますとご案内が届かない可能性がございますのでお気をつけください）。