
第 6 回道北理学療法士学術大会

広告・協賛金募集 趣意書

2024 年(令和 6 年)

1 月 28 日(日)

北都保健福祉専門学校

(北海道旭川市)

主催：公益社団法人 北海道理学療法士会 道北支部

第 6 回道北理学療法士学術大会 広告・協賛金募集のご案内

この度、第 6 回道北理学療法士学術大会を 2024 年 1 月 28 日(日)に北都保健福祉専門学校で開催することとなりました。コロナ禍による影響によりオンライン開催で実施していた本学術大会ですが、今回の開催は「対面」を予定しております。

本学術大会のテーマは「ジェネラリストの役割と視点～超高齢化社会への挑戦～」と致しました。今後さらに急激に進む超高齢化社会の中で、理学療法士には広範囲に渡る知識や経験を踏まえた挑戦が求められています。

今回の学術大会はジェネラリストによる現場に即した実践報告・症例セッションや、介護保険領域の理学療法など医療介護連携を意識したセッションも予定しております。また、臨床で活躍されている中堅～ベテランの道北支部会員にスポットを当てた企画を多数準備しております。役員一同、臨床の視点がアップデートされるような学会となるよう鋭意準備を進めて参ります。

尚、充実した学術大会とするべく、大会ホームページの作成を致します。ホームページには開催概要、大会プログラム、抄録を掲載致します。ここに広告等のご出稿をいただければ、参加者の為のプログラムとして一層充実したものになると考えております。

また、ご承知のように昨今の学会等事業運営には経費を要します。会員の参加費等で大半を賄うべく努力しておりますが、大会の内容をより充実させ十分な成果を挙げるために、皆様のご理解とご支援を賜りたく、協賛金についても併せてお願い申し上げる次第です。

つきましては、本大会開催並びにプログラム制作の趣旨をご理解いただき、是非ご協力とご支援を賜りますよう切にお願い申し上げます。

末筆ながら、皆様の益々のご繁栄を心より祈念申し上げます。

第 6 回道北理学療法士学術大会
大会長 太田 雄介

■広告掲載募集要項■

1. 会期 : 令和 6 年 1 月 28 日(日)
2. 会場 : 北都保健福祉専門学校
3. 責任者 : 大会長 太田 雄介
4. 広告媒体名 : 「第 6 回 道北理学療法士学術大会 プログラム集」
5. 発行日 : 令和 6 年 1 月発行予定
6. 版型 : A4 版縦
7. 掲載依頼数 : 数施設予定
8. 広告掲載料 : A4 モノクロ 1 口 5000 円
9. 原稿 : データ (イラストレータ・文字にアウトラインをかけたもの)
をご送付お願い致します。
病院や施設については、スタッフ等募集広告でも可能です
10. 申込締切 : 令和 5 年 12 月 22 日まで
11. 原稿締切 : 令和 5 年 12 月 29 日まで
12. 注意事項 : 1)締切期限を過ぎる場合は早めにご連絡ください
2)お預かりしたデータは掲載完了まで準備委員会にて保管させていただきます。
3)広告の掲載順・レイアウト等につきましては、基本的にお申込み順を優先に準備委員会にて検討しますが、レイアウトの関係もあり、最終的には大会長が決定致します。
13. 送付先 : 第 6 回 道北理学療法士学術大会 城 敏彰
問い合わせ先 〒078-8341 旭川市東光 1 条 1 丁目 1-17
社会医療法人 道北勤労者医療協会
一条通病院 リハビリテーション部
TEL (0166)34-2111 E-mail si4ro6@gmail.com

■協賛金掲載募集要項■

- 募集期間 : 令和 5 年 12 月 22 日まで
協賛金の目的 : 第 6 回道北理学療法士学術大会運営資金
協賛金使途 : 第 6 回道北理学療法士学術大会開催の準備、運営費用の一部に充当

金額は一口 5000 円にてお願い致します。

学術大会開催の趣旨を理解の上、何卒ご協賛いただきますよう重ねてお願い申し上げます

申込方法：協賛金申込書によりお申込みください

- 送付先 : 第 6 回 道北理学療法士学術大会 城 敏彰
問い合わせ先 〒078-8341 旭川市東光 1 条 1 丁目 1-17
社会医療法人 道北勤労者医療協会
一条通病院 リハビリテーション部
TEL (0166)34-2111 E-mail si4ro6@gmail.com

si4ro6@gmail.com

申込期限：令和 5 年 12 月 22 日(金)
社会医療法人 道北勤労者医療協会
一条通病院 城 宛(第 6 回 道北理学療法士学術大会)

申込日 令和 年 月 日

第 6 回道北理学療法士学術大会 広告申込書

貴社名

担当部課名

担当者

現在地

TEL

FAX

E-Mail

請求書発行 要 不要 (○の記載をお願い致します)

口座振込予定日： 年 月 日

〔問合わせ先〕

第 6 回 道北理学療法士学術大会 城 敏彰
〒078-8341 旭川市東光 1 条 1 丁目 1-17
社会医療法人 道北勤労者医療協会
一条通病院 リハビリテーション部
TEL (0166)34-2111 E-mail si4ro6@gmail.com

si4ro6@gmail.com

申込期限：令和 5 年 12 月 22 日(金)
社会医療法人 道北勤労者医療協会
一条通病院 城 宛(第 6 回 道北理学療法士学術大会)

申込日 令和 年 月 日

第 6 回道北理学療法士学術大会 協賛金申込書

貴社名

担当部課名

担当者

現在地

TEL

FAX

E-Mail

請求書発行 要 不要 (○の記載をお願い致します)

協賛金金額： 口 円

口座振込予定日： 年 月 日

〔問合わせ先〕

第 6 回 道北理学療法士学術大会 城 敏彰

〒078-8341 旭川市東光 1 条 1 丁目 1-17

社会医療法人 道北勤労者医療協会

一条通病院 リハビリテーション部

TEL (0166)34-2111 E-mail si4ro6@gmail.com