

## 協賛募集要項

本合同学会の趣旨にご賛同いただき、協賛をいただける場合は、以下要領にてお申し込みいただければ幸甚に存じます。

1. 協賛の名称：九州理学療法士・作業療法士合同学会 2018 in 沖縄
2. 協賛期間：2017年12月（趣意書発送日）～2018年10月31日（水）まで
3. 協賛の使途：九州理学療法士・作業療法士合同学会 2018 in 沖縄の運営費用
4. 募集責任者：九州理学療法士・作業療法士合同学会 2018 in 沖縄  
学会長 池城 正浩
5. 送金方法：別紙の申込書に必要事項をご記入または必要事項をE-mailにご記載の上、お申し込みいただき、下記口座へお振込下さい。  
ご入金を確認後、領収証をご郵送させていただきます。
6. 本協賛については、特定公益増進法人などを經由した税制優遇は行いません。  
なお、拠出いただきました協賛金については、各社が公表することを了承いたします。
7. 協賛振込先：  
銀行名：コザ信用金庫  
支店名：桃原支店（店番号 005）  
口座番号：普通 0271623  
口座名義：九州理学療法士作業療法士合同学会 学会長 池城 正浩  
(キョウシュリガクリョウホウシギョウリョウホウシコウゴウカクカイ ガクカイヨウ イケシロ マサヒロ)
8. 協賛申込先  
九州理学療法士・作業療法士合同学会 2018 in 沖縄 運営事務局  
株式会社沖縄コングレ内  
〒900-0015  
沖縄県那覇市久茂地 3-1-1 日本生命那覇ビル  
TEL：098-869-4220 FAX：098-869-4252 E-mail：ptot2018@okicongre.jp  
担当：佐々木

【申込期限】 2018年10月31日（水）

協賛申込書

別紙の趣意書に基づく、九州理学療法士・作業療法士合同学会 2018 in 沖縄の趣旨に賛同し、学会の運営助成金として下記の金額を協賛いたします。

申込年月日： 年 月 日

金 円也

○個人

氏名	
ご住所	〒 _____
ご連絡先 E-mail	

○法人

法人名		
連絡先	住所	〒 _____
	ご担当者 氏名	
TEL :	所属部署 :	
FAX :	E-mail :	

振込予定日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

※請求書： 要 ・ 不要 （○で囲んでください）