第27回茨城県総合リハビリテーションケア学会

協賛金・広告掲載　申込書

申込日時　令和　　年　　月　　日

申　　込　協賛金　・　広告掲載　　　（該当するところに〇印を付けて下さい。）

貴社（施設）名

代表者氏名

ご担当部課名

ご担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

ご住所　〒

TEL　　　　　　　　　　　　　FAX

E-Mail

1. **協賛金の場合**

10,000円(一口)　×　（　　　）口 ＝ 　　　　　　　円也

**2.　広告掲載の場合**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種類 | 申し込み口数 | 広告費（消費税込） |
| 1口（後付　1/2頁【A5】モノクロ）  金額：10,000円 | 口 | 円  （10,000円×申し込み口数） |

※ 1頁【A4】の掲載の場合は2口でお申し込みをお願いいたします。

**3.請求書の宛名**

部署名

氏名

茨城県総合リハビリテーションケア学会事務局　　宛

FAX：029-353-8475 Mail：ibaraki.rehacare@gmail.com