御協賛等の種別について

第６６回全国国保地域医療学会に対する御協賛等の種別につきましては、次のとおり設定しております。

協賛金	学会資料に御芳名を掲載し、関係者に広く御披露申し上げます。
広告掲載	「第66回全国国保地域医療学会プログラム」に広告を掲載し、関係者に広く御紹介申し上げます。
バナー広告掲載	学会ホームページのトップページに広告を掲載し、関係者に広く御紹介申し上げます。
展示	学会会場において出店いただき、学会参加者に御紹介申し上げます。

御協賛について

第６６回全国国保地域医療学会に対する御協賛につきましては、次によりお申し込みくださいますようお願い申し上げます。

なお、御協賛いただきました際には、学会資料に御芳名を掲載し、関係者に広く御披露申し上げます。

申込方法	「協賛金申込書」により、学会事務局までお申し込みいただくとともに、次の口座にお振込みください。
申込締切日	~~令和８年６月５日（金）~~ 令和８年６月30日（火）
送金締切日	~~令和８年７月１０日（金）~~ 令和８年７月31日（金）
送金先	銀 行 名　　愛媛銀行　末広町支店 預金種別　　普通預金 口座番号　　9988033 預金名義　　第６６回全国国保地域医療学会 学会長　松木　克之 (ﾀﾞｲ66ｶｲ ｾﾞﾝｺｸｺｸﾎﾁｲｷｲﾘﾖｳｶﾞ ﾂｶｲ ｶﾞ ﾂｶｲﾁﾖｳ ﾏﾂｷ　ｶﾂﾕｷ)
問い合わせ先 申し込み先	〒７９１－８５５０ 愛媛県松山市高岡町101番地1 （愛媛県国民健康保険団体連合会内） 第６６回全国国保地域医療学会事務局 ＴＥＬ　０８９－９６８－８８４５ ＦＡＸ　０８９－９６８－８８０７ Ｅmail　gakkai66@kokuhoren-ehime.jp

協 賛 金 申 込 書

一金　　円也

ただし、第６６回全国国保地域医療学会に対する
協賛金として頭書の金額を申し込みます。

令和　　年　　月　　日

会社・団体名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者役職・氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

〒

所　在　地

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担 当 部 署 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

御担当者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

第６６回全国国保地域医療学会
学会長　松 木 克 之 様

（切り取り線）