

日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会
スポンサーシップ 募集要項

会 期 : 2021年11月20日(土)~21日(日)

会 場 : 福岡国際会議場

会 長 : 藤 也 寸 志
独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 院長

ご挨拶

謹啓 時下、貴社におかれまして益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。また日頃より格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

日本医療マネジメント学会第19回九州・山口連合大会の会長を拝命し、2020年11月の開催を予定しておりましたが、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮して、大会の開催を1年延期させていただきました。本連合大会では、全ての職種が一同に会して、相互に顔見知りとなり情報交換をすることが何より大切だと考えて、可能な限りの現地開催を求めたいと思ったからです。ご指導ご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

この度、新しい開催要項が決まりましたので改めてご挨拶申し上げます。新しい会期は、2021年11月20日(土)・21日(日)の両日、場所は本年と同じ福岡市の福岡国際会議場で開催させていただきます。本学会は、医療マネジメントに関わる全ての職種の参加のもと、多方面から医療の質の向上に貢献してまいりました。そして、九州・山口連合大会は、全国大会に匹敵する内容を目指しながらも、遠方で開催される学会には行きにくい、地元の九州・山口のスタッフが多く参加して勉強できる機会を提供してきています。

さらに医療の質の向上を求めていくためには、一部のリーダーの活動だけではなく、第一線で患者さんやご家族に接する全てのスタッフの実力を向上させていかなくてはなりません。そこで、本連合大会を、先進的な活動をさらに高める(Summit-up)だけでなく、一人一人のスタッフの実力を高める(Bottom-up)ための契機にできればと考え、メインテーマを<次世代の医療マネジメントの向上を目指して ~土を耕し、種を蒔く~>としました。今までに成し遂げられてきた実績を継承し、さらに発展させる礎になることを目指した大会にしたいと思っています。

開催は本来、参加費収入により運営されるべきところであり、運営にあたっては努めて経費を抑える所存ではありますが、皆様のご協力・ご支援をお願いせざるを得ないのが現状です。つきましては、本学会の趣意にご賛同いただき、充実した運営を図るためにも、格段のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

末筆ながら、貴社の益々のご発展を心より祈念いたします。

謹 白

2020年11月吉日

日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会
会長 藤 也 寸 志
独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 院長



開催概要

1. 会議の名称 日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会
 2. 会 長 藤 也寸志
独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 院長
 3. 会 期 2021年11月20日(土)～21日(日)
※2020年11月開催予定が延期となりました。
 4. 会 場 福岡国際会議場 4F・5F
(〒812-0032 福岡市博多区石城町2-1)
 5. テ ー マ 次世代の医療マネジメントへ向けて
～土を耕し、種を蒔く～
 6. 参加者数 1,500名(予定)
 7. 予定プログラム 基調講演、会長講演、特別講演、招聘講演、教育講演、シンポジウム、
「土を耕し、種を蒔く」セッション、教育セミナー、市民公開講座
一般口演、クリティカルパス展示、モーニングセミナー、
ランチョンセミナー、イブニングセミナー
 8. ホームページ <http://www.congre.co.jp/jhmqy19/>
 9. 開催形式 集合開催
本学会は、2020年11月現在、新型コロナウイルス(COVID-19)感染対策を徹底したうえで集合開催する予定で準備を進めております。
 10. 情報公開について 日本製薬工業協会の「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」
および、日本医療機産業連合会の「医療機器業界における医療機関等との
透明性ガイドライン」に基づき、本学術総会の共催・会合等にかかる費用を
各社のウェブサイト等で公開することに同意いたします。なお、別途、同意書
への署名・押印等は控えさせていただきますので、予めご了承ください。
 11. 問合せ先 連合大会事務局
独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター
〒811-1395 福岡市南区野多目3-1-1
TEL: 092-541-3231 FAX: 092-542-8503
事務局長: 古川正幸(副院長)
- 連合大会運営事務局
株式会社コングレ九州支社内
〒810-0001 福岡市中央区天神1-9-17-11F
TEL: 092-716-7116 FAX: 092-716-7143
E-mail: jhmqy19@congre.co.jp
担当: 山本聡美、福田麻結子

収支予算書

収入の部

項目	金額	備考
1. 参加費		
一般(事前)	5,400,000	6,000円 × 900 名
一般(当日)	2,800,000	7,000円 × 400 名
学生	400,000	2,000円 × 200 名
2. 共催セミナー		
ランチョンセミナーA	2,640,000	1,320,000円 × 2 枠
ランチョンセミナーB	9,680,000	1,210,000円 × 8 枠
イブニングセミナー	1,100,000	1,100,000円 × 1 枠
モーニングセミナー	1,100,000	1,100,000円 × 1 枠
3. 展示	1,100,000	220,000円 × 5 小間
4. 広告		
表4	220,000	220,000円 × 1 枠
表3	132,000	132,000円 × 1 枠
表2	165,000	165,000円 × 1 枠
1頁	550,000	110,000円 × 5 枠
半頁	1,320,000	66,000円 × 20 枠
5. 寄付金	1,000,000	
合 計	¥27,607,000	

支出の部

項目	金額	備考
1. 事前準備費		
① 事務局人件費	2,880,000	事務局人件費、打合せ経費
② 抄録集関係費	3,049,600	校正費、印刷費
③ 制作物関係費	3,781,800	ポスター、ちらし、封筒、ホームページ
④ その他	905,000	郵送費、備品・消耗品費
2. 当日運営費		
① 会場借上費	3,475,398	福岡国際会議場2.5日間
② 機材費	3,965,000	プレゼンシステム、計時回線、PC
③ 看板・装飾費	856,000	立看板、誘導板、設営・撤去・運搬費
④ 展示・ポスター会場設営費	960,000	パネル、基礎小間設営費、電源工事、設営・撤去・運搬費
⑤ 運営人件費	1,980,000	オペレーター・ディレクター・アルバイト人件費、交通費
⑥ 運営諸経費	467,600	トランシーバー、氏名掲示、賞状
⑦ 招聘費	2,617,814	招聘者交通費・宿泊費・謝金
⑧ 飲食・会合費	250,000	控室ケータリング、スタッフ弁当
3. 事後処理費	300,000	礼状作成・印刷ほか
4. 業務委託費	1,734,500	
5. 予備費	384,288	
合 計	¥27,607,000	

寄付金募集要項

1. 主催団体および代表者
日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会
会長 藤 也寸志 (独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 院長)
2. 寄付金の目標額
¥1,000,000
3. 寄付金の対象先
医学・薬学関係企業 他
4. 寄付金の用途
日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会の準備および運営の費用
5. 寄付金の締切日
2021年11月30日(火)
6. お申込み方法
趣旨にご賛同いただき、ご協賛・ご支援を頂けます場合は、別紙申込書に必要事項をご記入の上、下記運営事務局宛てにEmailまたはFAXでご送付下さい。

寄付金申込先・運営事務局

株式会社コングレ 九州支社内
〒810-0001 福岡市中央区天神1-9-7-11F
TEL. 092-716-7116
FAX. 092-716-7143
Email. jhmqy19@congre.co.jp

7. お振込みについて
寄付金は本会口座へ直接ご入金をお願いいたします。
なお、免税措置はございませんのでご了承ください。

寄付金払込口座

銀行名： 西日本シティ銀行(銀行コード 0190)
支店名： 屋形原支店(店番 451)
口座番号： 普通 3042167
口座名： 日本医療マネジメント学会第19回九州山口連合大会
会長 藤也寸志
ニホンイリヨウマネジメントガツカイダイジユウキユウカイキユウシユウヤマガチレンゴウタイカイ
カイチヨウトウヤスシ

共催セミナー募集要項

1. 募集企画

■ 共催セミナーの種類、募集枠数と共催費は下表のとおりです。

セミナー	対象会場	共催費(税込)	枠数	
			11/20(土)	11/21(日)
ランチョンセミナーA	第1会場	1,320,000円	1	1
ランチョンセミナーB	第2・3・4・5会場	1,210,000円	4	4
イブニングセミナー		1,100,000円	1	
モーニングセミナー		1,100,000円		1

※上記は消費税10%にて算出しております。税法の改正により消費税等の税率が変動した場合には、改正以降における税率により再計算いたしますので、予めご了承ください。

※枠数に限りがありますので、日程・時間・会場についてご希望に添えない場合がございます。

■ 会場(予定)

会場	部屋名	席数(最大収容人数)	備考
第1会場	501	210席(420席)	シアター形式
第2会場	502+503	140席(304席)	シアター形式
第3会場	409+410	140席(304席)	シアター形式
第4会場	411+412	140席(304席)	シアター形式
第5会場	413+414	140席(304席)	シアター形式

■ 共催費について

共催費に含まれるもの(基本仕様)

- ・会場費(控室含む)
- ・基本機材費(スクリーン、プロジェクター、レーザーポインター等)

共催費に含まれないもの

- ・座長および演者にかかる諸経費(交通費・宿泊費・謝金等)
- ・参加者配布用お弁当・軽食
- ・基本仕様以外の追加機材費
- ・運営人件費(アナウンス、進行係、照明関係等)
- ・控室ケータリング
- ・会場前看板、控室前看板

2. 注意事項

日時、使用会場、テーマ、座長、演者については、共催企業様のご希望をお伺いさせていただきますので、申込書にご記入ください。ただし、学会プログラムを検討の上で、調整をさせていただきます場合もございます。

3. 申込方法

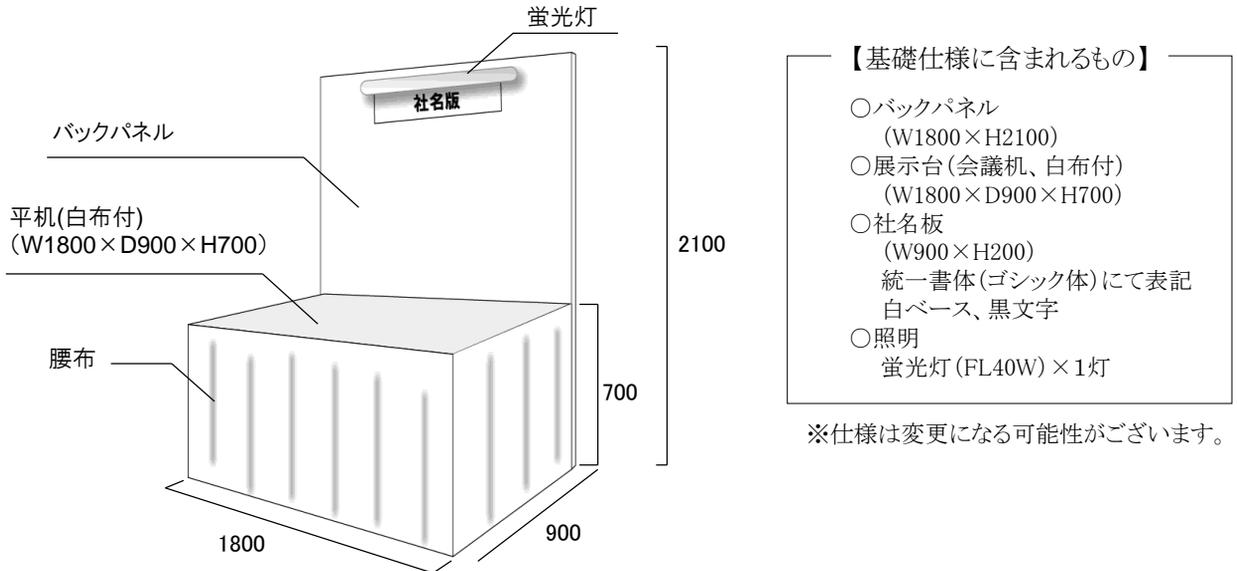
「P.9 申込み要領」をご参照ください。

展示募集要項

1. 展示募集要項

- 出展料 : 220,000円/1小間(税込)
- 会場 : 福岡国際会議場 4F・5F ロビー(予定)
- 展示期間 : 2021年11月20日(土) 9:00~17:30
2021年11月21日(日) 9:00~15:00
- 搬入搬出(予定): 搬入 2021年11月20日(土) 6:00~
搬出 2021年11月21日(日) 15:00~

2. 展示基礎小間図



3. 小間位置

申込締切後の調整となります。ご了承ください。

※小間位置の決定は出展物の種類、小間数等を考慮し、主催者が決定いたします。

出展者はこの決定に対する申し立てはできません。

※出展者が主催者の許可なく小間の全部あるいは一部の譲渡や交換を行うことはできません。

4. 出展取消・保留

出展内容が本展示会の趣旨に合わない場合、主催者はその申込を受付けかねることがあります。また、出展者は原則として出展を取り消すことはできません。

5. 電源

コンセント100v単相、200v単相、三相の使用等をご希望の場合の費用は出展者の負担となります。

※電気使用料金はすべて出展者の負担となります。

※電源の使用につきましては「出展マニュアル」(2021年10月中旬にご案内予定)にてお申し込みいただけます。

6. 変更・中止

主催者は不可抗力、またはやむを得ない事由により、本展示会の開催期間および開催時間の変更、または開催の中止等を行う場合もあります。中止の場合は出展料は返金いたしますが、出展者側でそれまでに要した費用は各社の負担となります。

展示募集要項

7. 出展物の管理

出展物の管理は各出展者が責任を負うものとし、盗難、紛失、損傷については、主催者は補償を含めた一切の責任を負いかねますので、各社にて保険に加入する等の措置を取ってください。また、出展者の行為により事故が発生した場合は、当該出展者の責任において解決するものとし、主催者はこれに対し一切の責任を負いません。

8. 搬入・搬出

詳細につきましては、「出展マニュアル」(2021年10月中旬にご案内予定)にてお知らせいたします。その際にオプション申し込みも承ります。

9. 未承認医療用具の展示

未承認医療用具等を出展する場合は、厚生労働省に必要書類を提出してください。

その際に、添付する主催者からの出展要請書は、開催3週間前までに必要事項を予めご記入の上、展示会事務局にご提出いただければ、内容確認ののち主催印を捺印し、ご返送いたします。

10. 申込方法

「P.9 申込み要領」をご参照ください。

広告募集要項

1. 広告掲載料と募集枠

広告内容	料金(税込)	募集数
表4 (モノクロ)	220,000円	1
表3 (モノクロ)	132,000円	1
表2 (モノクロ)	165,000円	1
後付1ページ (モノクロ)	110,000円	5
後付1/2ページ (モノクロ)	66,000円	20

2. プログラム集について

- ・A4版
- ・1冊200ページ
- ・発行部数 2,500部(会員へ事前送付および、当日に販売)
- ・予定制作費 3,049,600円
- ・2021年10月初旬 発行予定

3. 広告原稿

原稿はデータにてご入稿ください。

原稿送付先、送付期限は「P.9 申込み要領」をご参照ください。

注意事項

- ・必ず、プリントアウト見本を添付してください。
- ・すべてグレースケールで作成してください。
- ・Illustratorの場合は、アウトラインデータもご用意ください。
- ・メディアは、CD-Rにてご提供ください。
- ・上記アプリケーション以外でしたら、PDFをご支給ください。
データ又は紙焼・鮮明な清刷り、フィルムなどを、運営事務局までお送りください。
- ・原稿はプログラム納品後、献本時にご返却致します。

4. 申込方法

「P.9 申込み要領」をご参照ください。

申し込み要領

1. お申込先・広告原稿送付先・お問合せ先

別紙、申込書にご記入のうえ、下記運営事務局(株式会社コングレ)まで、FAXまたはE-mailにてお申し込みください。

申し込み締め切り後、各社宛に請求書をお送りいたします。

お申込先

株式会社コングレ 九州支社内
〒810-0001 福岡市中央区天神1-9-7-11F
TEL: 092-716-7116
FAX: 092-716-7143
Email: jhmgy19@congre.co.jp
担当: 山本聡美、福田麻結子

2. 申込締切日一覧

内容	申込締切日	広告原稿締切日
共催セミナー	2021年6月25日(金)	—
展示	2021年8月20日(金)	—
広告	2021年8月6日(金)	2021年8月20日(金)

3. 各お支払いについて

申込締切後1ヶ月以内に、請求書の発行をさせていただきますので、下記指定口座にご入金頂きますようお願いいたします。

※寄付のお申し込みにつきましては、請求書の発行はございません。

お申し込みの後下記口座にご入金をお願い申し上げます。

振込先情報

銀行名: 西日本シティ銀行(銀行コード 0190)
支店名: 屋形原支店(店番 451)
口座番号: 普通 3042167
口座名: 日本医療マネジメント学会第19回九州山口連合大会
会長 藤也寸志
ニホンイリヨウマネジメントガツカイダイジユウキユウカイキユウシユウヤマグチレンゴウタイカイ
カイチヨウトウヤスシ

FAX : 092-716-7143

Email: jhmgy19@congre.co.jp

日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会
運営事務局宛

日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会 寄付申込書

日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会
会長 藤 也寸志 殿

日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会の目的、事業に賛同し、
その運営資金として下記の金額を寄付します。

年 月 日

個人の場合 氏名: _____

法人の場合 法人名: _____

代表者: _____

担当者: _____

住 所: 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____

記

金 _____ 円也

年 月 日振込予定

日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会 共催セミナー申込書

年 月 日

貴社名			
担当部署			
担当者名			
住所			
TEL		FAX	
Email			

*****共催セミナーを下記のとおり申し込みます*****

1.申込セミナー ご希望の項目に○をご記入ください。

申込欄	セミナー	開催希望日		
	ランチョンセミナーA	11/20(土)	11/21(日)	どちらでも良い
	ランチョンセミナーB	11/20(土)	11/21(日)	どちらでも良い
	イブニングセミナー	—		
	モーニングセミナー	—		

2.セミナー内容について ※未定でも結構ですので、ご検討中の先生をご記入ください。

テーマ				
座長	氏名		所属	
演者	氏名		所属	
	氏名		所属	

3.備考 ※その他、ご希望・質問等ございましたらお書き添えください。

FAX : 092-716-7143

申込締切:2021年8月20日(金)

Email: jhmgy19@congre.co.jp

日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会
運営事務局宛

日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会 企業展示申込書

年 月 日

貴社名			
担当部署			
担当者名			
住所			
TEL		FAX	
Email			

1. 申込み内容

申込小間数	小間
使用電力量	100V ()W / 200V ()W (単相・三相)
展示台	必要 / 不要
展示品	

2. 備考 ※その他、ご希望・質問等ございましたらお書き添えください。

FAX : 092-716-7143

Email: jhmgy19@congre.co.jp

申込締切:2021年8月6日(金)

日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会
運営事務局宛

日本医療マネジメント学会 第19回九州・山口連合大会 プログラム・抄録集広告掲載申込書

年 月 日

貴社名			
担当部署			
担当者名			
住所			
TEL		FAX	
Email			

1. 掲載ご希望頁 ご希望の項目に○をご記入ください。

チェック欄	内容
	表4
	表3
	表2
	後付1ページ
	後付1/2ページ

2. 備考 ※その他、ご希望・質問等ございましたらお書き添えください。