



第 57 回全国自治体病院学会 スポンサーシップ 募集要項

■ 会 期

平成 30(2018)年 10 月 18 日(木)・19 日(金)

■ 会 場

郡山市民文化センター・ホテルハマツ・郡山市労働福祉会館

■ 学会長

齋藤 清(公立大学法人 福島県立医科大学附属病院 病院長)

平成 29 年 10 月吉日

ご挨拶

第 57 回全国自治体病院学会

学会長 齋藤 清

(公立大学法人 福島県立医科大学附属病院 病院長)



謹啓

貴社におかれましては、益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

この度、第 57 回全国自治体病院学会を 2018 年 10 月 18 日、19 日に開催させていただきます。伝統ある本会を福島県で開催させていただくこと、県内自治体病院関係者一同大変光栄に存じております。

本学会のテーマは「地域医療の明日を拓くー自治体病院の機能分化と連携強化ー」です。少子高齢社会の急速な進展や、生産年齢人口の減少など、医療を取り巻く環境は大きく変わろうとしています。私たち自治体病院にも変革が求められています。私たちは、地域医療を支える最後の砦として、それぞれの役割を果たしながら、力を合わせ、地域の住民に最善の医療を提供していかなければなりません。自治体病院のあるべき姿について皆さまとともに考える学会になるように準備を進めてまいります。また、東日本大震災と原発事故を経験した福島がどのように復興と地域医療再生に取り組んできたかについても紹介し、全国の地域医療の明日を拓く参考にしていただきたいと考えております。

本来であれば、学会の開催経費は参加者が負担する会費で賄われるべきであり、できるだけ簡素、質素を旨として運営を企画しておりますが、学会規模や会場費などの経費により全体予算が不足することが予想されております。つきましては、貴社のご協力を賜り、本学会に関連したスポンサー企画(ランチオンセミナー、モーニングセミナー、展示会、広告掲載など)を実施したいと考えております。誠に恐縮に存じますが、本会開催の主旨にご賛同いただき、格別のご高配をお願い申し上げます。ご検討のほど、よろしくお願い申し上げます。

謹白

開催概要

1. 名称 第 57 回全国自治体病院学会
2. テーマ 地域医療の明日を拓く
ー自治体病院の機能分化と連携強化ー
3. 会期 平成 30(2018)年 10 月 18 日(木)・19 日(金)
4. 会場 郡山市民文化センター
〒963-8878 福島県郡山市堤下町 1-2

ホテルハマツ
〒963-8578 福島県郡山市虎丸町 3-18

郡山市労働福祉会館
〒963-8014 福島県郡山市虎丸町 7-7
5. 学会長 齋藤 清(公立大学法人 福島県立医科大学附属病院 病院長)
6. 主催 公益社団法人 全国自治体病院協議会
7. 運営主体 第 57 回全国自治体病院学会実行委員会
8. 参加予定者数 約 3,000 名
9. 日程(予定)
 - 【1 日目】平成 30 年 10 月 18 日(木)
開会式、総会(特別講演Ⅰ、総会シンポジウムⅠ)、分科会
 - 【2 日目】平成 30 年 10 月 19 日(金)
総会(特別講演Ⅱ、特別講演Ⅲ、シンポジウムⅡ)、分科会、閉会式
10. 分科会(予定)
 - ①看護・看護教育分科会 ②リハビリテーション分科会 ③臨床医学分科会 ④栄養分科会
 - ⑤地域医療・連携・福祉分科会 ⑥経営・管理分科会 ⑦放射線分科会
 - ⑧臨床検査分科会 ⑨臨床工学分科会 ⑩薬剤分科会

11. その他

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」に基づき「貴社と医療機関及び医療関係者との関係の透明性に関する指針」に従い、学会等の会合開催にかかる費用を「学会名」「協賛内容」の通りに、貴社のウェブサイト上に公開することに同意します。

12. お問い合わせ

<学会事務局>

公立大学法人 福島県立医科大学附属病院

担当: 戸城(トシロ)・野村(ノムラ)・江良(エラ)

〒960-1295 福島県福島市光が丘 1

TEL: 024-547-1021 FAX: 024-547-1988

E-mail: jmha57@fmu.ac.jp

<運営事務局>

株式会社コングレ

〒102-8481 東京都千代田区麴町 5-1 弘済会館ビル

担当: 松原・塩田・添野

TEL: 03-5216-5318 FAX: 03-5216-5552

E-mail: jmha2018@congre.co.jp

収支予算案

(単位:円)

収入の部		
1 参加費等		36,000,000
①有料参加者(事前登録)	@11,000 × 2,600名	28,600,000
②有料参加者(当日登録)	@12,000 × 400名	4,800,000
③抄録集販売	@2,000 × 100名	200,000
④交流会	@6,000 × 400名	2,400,000
2 交付金		32,250,000
①全国自治体病院協議会		18,000,000
②自治体病院開設者協議会		10,000,000
③株式会社全国自治体病院協議会共済会		3,250,000
④全国自治体病院協議会賛助金		1,000,000
3 広告掲載料		3,909,600
①表2	@324,000 × 1社	324,000
②表3	@432,000 × 1社	432,000
③表4	@432,000 × 1社	432,000
④後付(1頁)	@129,600 × 10社	1,296,000
⑤後付(半頁)	@64,800 × 16社	1,036,800
⑥HPバナー広告	@32,400 × 12ヶ月	388,800
4 展示出展料		6,588,000
①出展料(基礎・スペース)	@324,000 × 20小間	6,480,000
②書籍展示料	@10,800 × 10本	108,000
5 寄付金		5,000,000
6 共催セミナー		14,580,000
①ランチョンセミナー	@1,080,000 × 10枠	10,800,000
②モーニングセミナー	@756,000 × 5枠	3,780,000
7 補助金		3,000,000
①郡山市国内コンベンション開催助成金		1,000,000
②福島県国内コンベンション開催助成金		2,000,000
合 計		¥101,327,600

支出の部		
1 学会費	98,903,600	
①報償費	4,000,000	
②旅費	4,500,000	
③会議費	7,000,000	
④交流費	8,500,000	
⑤印刷製本費	5,000,000	
⑥通信運搬費	800,000	
⑦使用料及び賃借料	20,000,000	
⑧委託料	49,103,600	
2 事務局費	2,424,000	
①報償費(臨時委託職員)	324,000	
②旅費(スタッフ・学生移動費 等)	500,000	
③消耗品費	200,000	
④会場費(実行委員会開催費用)	500,000	
⑤印刷製本費	100,000	
⑥通信運搬費	100,000	
⑦使用料及び賃借料	100,000	
⑧雑費(前回大会プロモーション費)	600,000	
合 計		¥101,327,600

共催セミナー募集要項

1. 開催日時・会場(予定)

平成 30(2018)年 10 月 18 日(木)・19 日(金)
ホテルハマツ 〒963-8578 福島県郡山市虎丸町 3-18

① ランチョンセミナー(10 企画予定)

10 月 18 日(木) 12:50~13:50 5 企画

10 月 19 日(金) 12:50~13:50 5 企画

② モーニングセミナー(5 企画予定)

10 月 19 日(金) 7:40~8:30 5 企画

※開催時間については、今後変更になる可能性がございます。

2. 開催形式

第 57 回全国自治体病院学会との共催

3. 共催費用(税別)

① ランチョンセミナー ¥1,000,000-

② モーニングセミナー ¥700,000-

※消費税率は、請求書発行時の税率が適用されます。

※複数企業での共同共催も可能です。

※プログラムの状況により、開催時間・開催会場数・セミナー・講演数については、
変更する場合があります。

※共催金に含まれるもの(基本仕様)予定

会場費(控室含む)、会場基本仕様(以下参照)

項目	数量	項目	数量
メインスクリーン	1 枚	手元ライト	座長・演者・進行 各 1 台
液晶プロジェクター	1 台	マイク	座長・演者 各 1 本、質疑用マイク
受付・弁当配布机	数本	講師控室	1 室
レーザーポインター	演者用 1 本	PC オペレーター	1 名(オペレーター席)

※共催金に含まれないもの

参加者用お弁当、座長および演者にかかる諸経費(謝礼金、交通費等)、
録音・録画機器等オプション機材費、運営人件費、座長・演者用飲食 等

4. 運営

進行・弁当の配布等、運営は全て貴社のご担当になります。

セミナー会場は時間の都合上、レイアウト変更はできません。

5. 会場の決定

日程の割当などは申し込み締め切り後、講演内容、演者の予定等を考慮して大会事務局にて決定致しますのでご一任願います。

6. 案内状チラシ

総合受付付近にデスクを設置しますので、配布を希望される場合は、後日ご案内いたします送付方法にて、事前に会場へお送りください。なお、サイズは A4 として配布部数・カラーは自由とします。原稿ができあがりましたら、学会事務局にて確認いたしますので、印刷する前にメールまたは FAX にて〈運営事務局〉までお送りください。

7. 各種お申し込み(オプション機材、飲食申込 等)

セミナー実施上の具体的な詳細のご案内・各種お申し込みについては、2018 年 8 月下旬にご案内いたします。

8. お申込期限・お支払い

申込期限 2018 年 4 月 26 日(木)

※お申込みを頂いてから、〈運営事務局〉より請求書を発行いたしますので、請求書発行日より 1 ヶ月以内にお振込みください。

9. 申込方法

所定の申込書に必要事項をご記入の上、お申し込みください。

申込後、運営事務局より内容確認のご連絡をいたします。

連絡がない場合、申し込みを正式に受理できていない場合もございますので、その際は運営事務局までご連絡ください。

10. 申し込みの取消

申込書の提出後は、学会事務局が不可抗力と認めた事項以外取消はできませんので、ご了承ください。

11. 今後のスケジュール(予定)

◆『申込書』締切	2018 年 4 月 26 日(木)
◆各社講師案・開催日時の調整	締切後～2018 年 7 月末日
◆日時・会場の決定および通知	8 月初旬
◆オプション機材・通訳者・飲食申込受付	8 月下旬
◆同上 締切	9 月中旬

企業展示募集要項

1. 開催日時・会場(予定)

平成 30(2018)年 10 月 18 日(木)8:00~17:30

平成 30(2018)年 10 月 19 日(金)8:00~16:00

ホテルハマツ 〒963-8578 福島県郡山市虎丸町 3-18

2. 出展費(税別)

基礎小間仕様 300,000 円/1小間

* サイズ(mm) W1,800×D900×H2,400

スペース小間仕様 300,000 円/1小間

* サイズ(mm) W1800×D900

書籍展示 10,000 円/1本(机)

* サイズ(mm) W1800×D900

※消費税率は、請求書発行時の税率が適用されます。

3. 募集小間数

20 小間(予定)

4. 申込方法

所定の申込書に必要事項をご記入の上、お申し込みください。

5. お申込期限・お支払い

申込期限 2018 年 6 月 21 日(木)

※お申込みを頂いてから、<運営事務局>より請求書を発行いたしますので、

請求書発行日より 1 ヶ月以内にお振込みください。

※申込期限前に募集小間数に達した場合は、申し込みを締め切らせていただくこと
ありますので、ご了承ください。

6. 申込方法

所定の申込書に必要事項をご記入の上、お申し込みください。

申込後、運営事務局より内容確認のご連絡をいたします。

連絡がない場合、申し込みを正式に受理できていない場合もございますので、

その際は運営事務局までご連絡ください。

7. 出展料のお支払い

申し込み内容について主催者による承認の後、請求書を送付いたします。

また、請求書の発送をもちまして申込確認とさせていただきます。

8. 取消・保留

出展者は原則として出展を取り消すことはできません。

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。

9. 基礎小間規格(予定)

医薬品・医療機器展示

・間口 1,800mm 奥行 900mm 高さ 2,400mm

・バックパネル: W1,800×H2,400

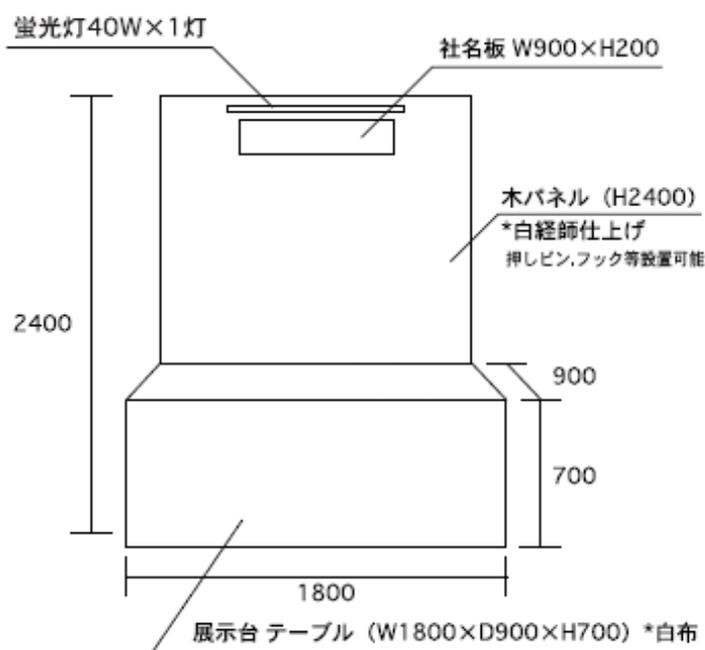
・社名板: W900×H200

・展示台: W1,800×D900×H700

・照明: 蛍光灯 40W×1

※スペース希望の場合は、小間数でお申し込みください。

※出展申込小間数は、1 小間を単位として小間数に制限は設けません。



10. 電力について

電力(100V)ご使用の場合、一次電気工事費(ブースまでの配線)費、二次配線工事(ブース内配線・コンセント設置など)費は出展者の負担になります。

※コンセント設置ご希望の場合は、別途お申込みが必要です。(有料)

11. 飲料提供

ご希望の出展社様は運営事務局へお問い合わせください。

12. 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。

13. 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。

14. 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。

15. 搬入・搬出

搬入：2018年10月17日(水) 時間未定

搬出：2018年10月19日(金) ※展示時間終了後(予定)

※詳細につきましては、後日送付予定の「出展マニュアル」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。

16. 薬機法未承認医療用具の展示

未承認医療用具等の出展を検討の場合は、必ず運営事務局までその旨をご連絡ください。

プログラム・抄録集 広告募集要項

1. 広告媒体名 第 57 回全国自治体病院学会 プログラム・抄録集
2. 配布対象 第 57 回全国自治体病院学会 参加者
3. 部数/版型 約 4,000 部(A4 版)
4. 制作費用 4,000,000 円
5. 広告料総額 3,520,800 円
(表 4:1 社、表 3:1 社、表 2:1 社、後付 1 頁 10 社、後付 1/2 頁 16 社)
6. 広告掲載料(税別)

表 4	1 頁	400,000 円(カラー)
表 2	1 頁	300,000 円(モノクロ)
表 3	1 頁	200,000 円(モノクロ)
		* カラー印刷も可能です (400,000 円)
後付	1 頁	120,000 円(モノクロ)
後付	1/2 頁	60,000 円(モノクロ)
7. お申込・お支払い期限
申込期限 2018 年 6 月 21 日(木)
※お申込みを頂いてから、<運営事務局>より請求書を発行いたしますので、
請求書発行日より 1 ヶ月以内にお振込みください。
※お申込受付は原則、先着順とさせていただきます。予定数に達した場合は、
その時点で締め切らせていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。
8. 申込方法
所定の申込書に必要事項をご記入の上、お申し込みください。
申込後、運営事務局より内容確認のご連絡をいたします。
連絡がない場合、申し込みを正式に受理できていない場合もございますので、
その際は運営事務局までご連絡ください。
9. 広告原稿
2018 年 6 月 21 日(金)までに運営事務局宛にデータにて納品ください。
* データ以外をご希望の際は事前に運営事務局までご連絡ください。
10. 発行予定日
2018 年 9 月中旬(予定)
* 広告協賛企業には、プログラム・抄録集を 1 部進呈いたします。

ホームページバナー 広告募集要項

1. 掲載期間

2017年11月～2018年10月(最長12ヶ月)

2. 広告料金(税別)

月額 30,000円

※消費税率は、請求書発行時の税率が適用されます。

3. 申込方法

所定の申込書に必要事項をご記入の上、お申し込みください。

申込後、運営事務局より内容確認のご連絡をいたします。

連絡がない場合、申し込みを正式に受理できていない場合もございますので、その際は運営事務局までご連絡ください。

4. お申込・お支払い期限

申込期限 2018年9月28日(金)

※お申込みを頂いてから、運営事務局より請求書を発行いたしますので、請求書発行日より1ヶ月以内にお振込みください。

5. 広告仕様

お申込み後、入稿サイズ・形式について運営事務局よりご案内いたします。

6. データ送付先

バナー広告データは運営事務局宛にメールにてお送りください。

寄付金 募集要項

1. 寄付金の名称
第 57 回全国自治体病院学会
2. 募金の目標額
5,000,000 円
3. 募金期間
2017 年(平成 29 年)11 月 1 日から 2018 年(平成 30 年)10 月 17 日まで
4. 募金の用途
第 57 回全国自治体病院学会の準備および運営の費用
5. 募金の払込方法
趣旨にご賛同賜り、ご協力いただけます場合は、同封の申込用紙にご記入の上、
下記運営事務局宛にご返送ください。
6. 税法上の非課税措置はありません。

各種申込書送付先および問合せ先

各種申込書の送付、および記載内容についてのお問合せは以下運営事務局までお願いします。

第57回全国自治体病院学会運営事務局

株式会社コングレ

〒102-8481 東京都千代田区麹町 5-1 弘済会館ビル

担当:松原・塩田・添野

TEL:03-5216-5318 FAX:03-5216-5552

E-mail:jmha2018@congre.co.jp

指定銀行振込口座

各種協賛費用のお振込みについては、以下までお願いします。

- 【銀行名】 東邦銀行
- 【支店名】 福島医大病院支店 (130)
- 【種別】 普通
- 【口座番号】 170402
- 【口座名】 第57回全国自治体病院学会
(ダイ57カイゼンコクジチタイヨウインガツカイ)

第 57 回全国自治体病院学会

共催セミナー申込書

提出先 お問合せ先	第 57 回全国自治体病院学会 運営事務局 〒102-8481 東京都千代田区麹町 5-1 弘済会館ビル 株式会社コングレ TEL:03-5216-5318 / FAX:03-5216-5552	申込期限 2018 年 4 月 26 日(木)
--------------	--	-------------------------------

年 月 日

貴社名:	
所在地: 〒	
部署:	担当者:
TEL:	FAX:
E-mail:	@

＜貴社申込みセッション＞ ご希望のセッションに○をおつけください。

セッション種別	10 月 18 日(木)	10 月 19 日(金)
ランチョンセミナー		
モーニングセミナー		

＜講演テーマ＞

テーマ、座長・演者は学会事務局との相談で決定させていただきますため、内諾はお取りいただかないようお願いいたします。なお、他共催社との重複回避のため貴社のご希望やご提案を下記にご記入ください。

座 長: 第 1 希望: _____ 第 2 希望: _____

演 者: 第 1 希望: _____ 第 2 希望: _____

テーマ概要:

第 57 回全国自治体病院学会

企業展示申込書

提出先 お問合せ先	第 57 回全国自治体病院学会 運営事務局 〒102-8481 東京都千代田区麹町 5-1 弘済会館ビル 株式会社コングレ TEL:03-5216-5318 / FAX:03-5216-5552	申込期限 2018 年 6 月 21 日(木)
--------------	--	--------------------------------------

年 月 日

貴社名:	
所在地:〒	
部署:	担当者:
TEL:	FAX:
E-mail:	@

小間仕様 申込小間数	基礎 / スペース / 書籍展示 _____ 小間 _____ 本																								
<p>4小間以上お申込みの方はご希望の形を□印でチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 直列小間 <input type="checkbox"/> ブロック小間(間口__×奥行__)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div>																									
使用電力量 (予定)	100V ()W / 200V ()W (単相・三相)																								
基礎小間仕様に含まれる備品	<ul style="list-style-type: none"> ●展示台 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ●白布 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ●社名板 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ●蛍光灯 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <p>(いずれかに☑をつけてください)</p>																								
展示品(概略/予定で結構です)																									
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)																									

第 57 回全国自治体病院学会

広告掲載申込書

提出先 お問合せ先	第 57 回全国自治体病院学会 運営事務局 〒102-8481 東京都千代田区麹町 5-1 弘済会館ビル 株式会社コングレ TEL:03-5216-5318/FAX:03-5216-5552
--------------	--

年 月 日

貴社名:	
所在地: 〒	
部署:	担当者:
TEL:	FAX:
E-mail: _____ @ _____	

プログラム・抄録集広告掲載に申し込みます。(申込締切 2018年6月21日(木))

申込枠	広告掲載料(税別)
<input type="checkbox"/> 表 4(1 頁/カラー)	¥400,000
<input type="checkbox"/> 表 2(1 頁/モノクロ)	¥300,000
<input type="checkbox"/> 表 3(1 頁/カラー)	¥400,000
<input type="checkbox"/> 表 3(1 頁/モノクロ)	¥200,000
<input type="checkbox"/> 後付(1 頁/モノクロ)	¥120,000
<input type="checkbox"/> 後付(1/2 頁/モノクロ)	¥60,000

ホームページバナー広告掲載に申し込みます。(申込締切 2018年9月28日(金))

掲載期間	年 月より 年 月まで
広告料金	上記期間(月) 月額 30,000 円(税別)/1ヶ月

第 57 回全国自治体病院学会

寄付金申込書

提出先 お問合せ先	第 57 回全国自治体病院学会 運営事務局 〒102-8481 東京都千代田区麹町 5-1 弘済会館ビル 株式会社コングレ TEL:03-5216-5318/FAX:03-5216-5552
--------------	--

年 月 日

別紙の趣意書に基づく第 57 回全国自治体病院学会の趣意に賛同し、
学会の運営助成金として寄付いたします。

金 _____ 円也

<寄付金払込口座>

- 【銀行名】 東邦銀行
【支店名】 福島医大病院支店 (130)
【種別】 普通
【口座番号】 170402
【口座名】 第 57 回全国自治体病院学会
(ダイ 57 カイゼンコクジタイビョウインガツカイ)

ご芳名または法人名:	
ご住所:〒	
部署:	ご担当者:
TEL:	FAX:
E-mail:	@