第６回日本フットケア・足病医学会
関東・甲信越地方会

趣 意 書

会　長　　山口　梨沙
伊那中央病院フットケア・足病センター

目 次

ご挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

開催概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

情報公開への同意について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

寄付金募集要項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

共催セミナー募集要項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

ハンズオンセミナー募集要項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7

企業展示募集要項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

広告掲載募集要項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11

収支予算書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12

寄付金申込書

共催セミナー申込書

ハンズオンセミナー申込書

企業展示出展申込書

広告掲載申込書

ご挨拶

謹啓　時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会を、 2027年6月26日（土）・27日（日）の2日間、ホクト文化ホール（長野県長野市）にて開催させていただく運びとなりました。日本フットケア・足病医学会は、2019年に一般社団法人日本フットケア学会と一般社団法人日本下肢救済・足病学会が合併して始まりました。関東・甲信越地方会は2021年に設立され、今年は第6回目の開催となります。

第6回の地方会は、関東・甲信越地域で活躍中のフットケアおよび足病診療に関わる医療関係者等が一堂に会し、教育・研究・技術等の交流を図り、足育の深化と当該分野における医療・ケアの確立と標準化に努めること、また、その成果をより多くの仲間へ普及し活用されることにより、足病変によって人生の縮小を余儀なくされている患者の生活の質（Quality of Life）の向上および予後改善に寄与できるような大会にしたいと考えております。

そこで、本地方会では、「小さな足あとが集まり、大きな力に！ ―多職種でつくる足の健康と未来―」をテーマに掲げ、多職種から成る仲間の交流を中核に据えた有意義で実りある学術集会となるよう、事務局一同鋭意準備を進めております。

しかしながら、本会の開催費用をすべて会員の参加費のみで賄うことは困難であり、運営にあたり大変苦慮しているところでございます。つきましては、本会の趣旨にご賛同いただき、格別のご支援とご協力を賜りますよう、謹んでお願い申し上げます。　甚だ厳しい社会情勢の折、誠に恐縮ではございますが、何卒ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

末筆ながら、貴社の益々のご繁栄を心よりご祈念申し上げます。

2026年7月吉日

第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
会　長　　山口　梨沙　　伊那中央病院
副会長　　宮下　裕介　　長野赤十字病院
　　坂江千寿子　　佐久大学

開催概要

1．名　　称　　第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会

2．開催テーマ　　小さな足あとが集まり、大きな力に！－多職種でつくる足の健康と未来－

3．会　　長　　山口　梨沙（伊那中央病院フットケア・足病センター）
副 会 長　　宮下　裕介（長野赤十字病院循環器内科）
坂江千寿子（佐久大学）

4．会　　期　　2027年6月26日（土）・27日（日）

5．会　　場　　ホクト文化ホール（長野県県民文化会館）
〒380-0928　長野県長野市若里1-1-3
〈後日、オンデマンド配信〉

6．学会概要　　(1) 参加予定数　約1,000名
(2) プログラム
会長講演
特別講演
教育講演
シンポジウム
ランチョンセミナー
アフタヌーンセミナー
イブニングセミナー
ハンズオンセミナー
一般演題　他

7．学会の目的　　下肢救済および足病治療・ケアに関わる医療関係者等が集結して、教育、研究、技術の向上や標準化を図り、当該分野における医療・ケアを確立し、これを普及させることにより、患者の生活の質（Quality of Life）を向上させ、予後を改善することを目的とする。

8．事 務 局　　伊那中央病院　メディカルシミュレーションセンター
〒396-8555　長野県伊那市小四郎久保1313-1

9．運営事務局　　株式会社コンベンションフィールド
〒101-0032　東京都千代田区岩本町1-3-2　日伸ビル5階
TEL：03-6381-1957　FAX：03-6381-1958
E-mail：jfcpmkanto6@conf.co.jp

情報公開への同意について

本会における貴社からの拠出金額、物品寄付等について、企業活動と医療機関等との関係の透明性を確保するため、日本製薬工業協会、日本ジェネリック製薬協会、日本医療機器産業連合会等の団体および貴社の定める指針に従い、ウェブサイト等を通じた情報公開に同意します。

なお、別途同意書への押印・サインは控えさせていただきますので、予めご了承ください。

記

会　　名：第 6 回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
公開する情報：会の名称および、協賛の内容とその費用など

以上

2026 年 7 月

第 6 回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
会長　山口　梨沙
伊那中央病院フットケア・足病センター

寄付金募集要項

1. 募金の名称　　第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会

2. 募金責任者　　山口　梨沙

3. 募金目標額　　50万円

4. 募 金 期 間　　2026年7月1日～2027年6月25日

5. 募 金 目 的　　第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会及びその関連諸行事の費用に充てるため

6. 寄付申込書の送付先

第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会 運営事務局
株式会社コンベンションフィールド
〒101-0032　東京都千代田区岩本町1-3-2　日伸ビル5階
TEL：03-6381-1957　FAX：03-6381-1958
E-mail：jfcpmkanto6@conf.co.jp

7. 寄付金の納入先

銀 行 名：八十二長野銀行
支 店 名：伊那支店（店番553）
口座番号：普通預金　1026985
ﾀﾞｲﾛｯｶｲﾆﾎﾝﾌｯﾄｹｱｱｼﾋﾞﾖｳｲｶﾞｸｶｲｶﾝﾄｳｺｳｼﾝｴﾂｼﾎｳｶｲｶﾞｸｼﾞｭﾂｼｭｳｶｲ
口座名義：第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会学術集会

8. 適格請求書発行事業者の登録番号（インボイス番号）

T2011105008917

共催セミナー募集要項

1. 会　　期　　2027 年 6 月 26 日（土）・27 日（日）

2. 会　　場　　ホクト文化ホール（長野県県民文化会館）
〒380-0928　長野県長野市若里 1-1-3

3. 会　　長　　山口　梨沙（伊那中央病院フットケア・足病センター）

4. 予定参加者数　約 1,000 名

5. 開 催 日
ランチョンセミナー：2027 年 6 月 26 日（土）・27 日（日）　昼 60 分〈5 枠〉
アフタヌーンセミナー：2027 年 6 月 26 日（土）・27 日（日）　午後 40 分〈2 枠〉
イブニングセミナー：2027 年 6 月 26 日（土）・27 日（日）　夕刻 60 分〈2 枠〉

6. 共催について
第 6 回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会との共催とさせていただきます。

7. 費用のご負担について：
共催金は下記の通りです。また、別途、会場の座席数に応じて飲食代のご負担をお願いいたします。なお、共催金には、会場費、マイク等の付帯設備費、PC、プロジェクター等の機材費、控室、ホームページバナー広告掲載特典が含まれますが、座長・講師への謝礼、旅費は共催社へ一任させて頂きます。また、収録や同時通訳などの追加機材費は、実費にて別途ご手配頂くか、運営事務局にお申し付けください。

会　場	ランチョンセミナー	アフタヌーンセミナー	イブニングセミナー
タイプ A（700 席）	1,100,000 円	－	－
タイプ B（400 席）	880,000 円	660,000 円	770,000 円
タイプ C（200 席）	770,000 円	550,000 円	660,000 円

（税込）

8. お申込みについて
希望の日時と会場名を、第一から第三希望まで申込用紙にご記入頂き、下記運営事務局まで E メール添付または FAX でお申し込みください。複数のお申し込みがある場合は事務局と協議の上決定いたします。
プログラム作成の都合上、勝手ではございますが、2026 年 9 月 30 日（水）までにお申し込みください。

9. 共催金の振込先

銀 行 名：八十二長野銀行
支 店 名：伊那支店（店番 553）
口座番号：普通預金　1026985
ﾀﾞｲﾛｯｶｲﾆﾎﾝﾌｯﾄｹｱｱﾝｼﾋﾞﾖｳｲｶﾞｸｶｲｶﾝﾄｳｺｳｼﾝｴﾂｼﾎｳｶｲｶﾞｸｼﾞｭﾂｼｭｳｶｲ
口座名義：第 6 回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会学術集会

10. 適格請求書発行事業者の登録番号（インボイス番号）

T2011105008917

11. キャンセルについて

・申込書提出後の取り消しは、原則としてお受けいたしかねます。
やむを得ない理由で取り消しを希望される場合は、文書にて事情をご説明の上、主催者の了承を受けてください。
・やむを得ない事情により、会期・会場の変更や Web を用いたオンライン学術大会への移行、または開催を中止する場合があります。中止の場合、共催費はそれまでに要した主催者側の費用を下記の規定に則りお支払いいただきます。予めご了承ください。
なお、共催社側でそれまでに要した費用は、共催社にてご負担いただくこととなります。
① 2027 年 4 月 25 日まで：共催費の 50%
② 2027 年 4 月 26 日以降：共催費の 80%

10. お申込み、連絡先

第 6 回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会　運営事務局
株式会社コンベンションフィールド
〒101-0032　東京都千代田区岩本町 1-3-2　日伸ビル 5 階
TEL：03-6381-1957　FAX：03-6381-1958
E-mail：jfcpmkanto6@conf.co.jp

ハンズオンセミナー募集要項

1. 会議名称：第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会学術集会

2. 開催日時：2027年6月26日（土）・27日（日）

3. 会　　長：山口　梨沙（伊那中央病院フットケア・足病センター）

4. 会　　場：ホクト文化ホール（長野県県民文化会館）
〒380-0928　長野県長野市若里 1-1-3

5. 事 務 局：伊那中央病院　メディカルシミュレーションセンター
〒396-8555　長野県伊那市小四郎久保 1313-1

6.　日程・会場

日程	開催時間	セッション名	開催会場	枠数
6月26日（土） 6月27日（日）	午前または午後 90分	ハンズオンセミナー	楽屋（50㎡程）	3枠

7. 費用

共催金：550,000円

【学術集会で負担する費用】
(1) 会場費（1セミナーにつき1部屋、控室）
(2) プログラム抄録集関係費（企画、抄録掲載、共催企業名掲載）

【共催企業で別途ご負担頂く費用】
(1) ハンズオンセミナーでの物品提供・貸出、および開催とその準備
(2) 会場機材・備品（液晶プロジェクター、スクリーン、音響・照明設備など）及び、それらの設営費
(3) 人件費（PC操作、音響・照明操作、資料配布、アナウンスなどの運営要員）
(4) 配布資料、広告用チラシなどの印刷物
(5) 講師への謝礼、旅費

8. 共催について：
第7回日本フットケア・足病医学会年次学術集会との共催とさせて頂きます。

9. お申込について：
申込用紙にご記入いただき、運営事務局までE-mail添付またはFAXにてお申込下さい。
プログラム作成の都合上、勝手ではございますが、2026年9月30日（水）までにお申し込み下さい。

10. 共催金の振込先

銀 行 名：八十二長野銀行
支 店 名：伊那支店（店番 553）
口座番号：普通預金　1026985
ﾀﾞｲﾛｯｶｲﾆﾎﾝﾌｯﾄｹｱｱﾝｼﾋﾞﾖｳｲｶﾞｸｶｲｶﾝﾄｳｺｳｼﾝｴﾂｼﾎｳｶｲｶﾞｸｼﾞｭﾂｼｭｳｶｲ
口座名義：第 6 回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会学術集会

11. 適格請求書発行事業者の登録番号（インボイス番号）

T2011105008917

12. お申込み、連絡先：

第 6 回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会　運営事務局
株式会社コンベンションフィールド
〒101-0032　東京都千代田区岩本町 1-3-2　日伸ビル 5 階
TEL：03-6381-1957　FAX：03-6381-1958
E-mail：jfcpmkanto6@conf.co.jp

企業展示募集要項

1. 主　　催　　第 6 回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会

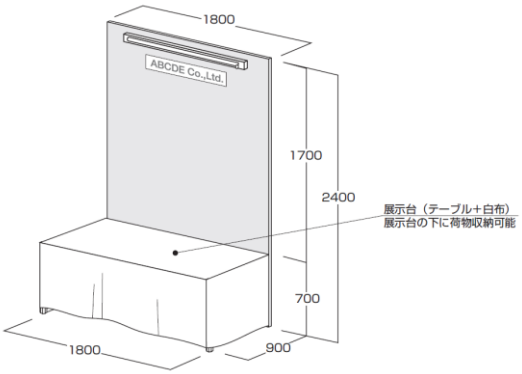
2. 展示会場　　ホクト文化ホール（長野県県民文化会館）

3. 展示会日程　　2027 年 6 月 26 日（土）・27 日（日）

4. 予定参加者　　約 1,000 名

5. 出 展 料　　基礎小間：165,000 円（税込・サイズ W1800mm×D900m×H2400m）
書籍：売上げの 5%（希望される机の本数をお知らせください）

〈基礎小間略図〉
1）バックパネル（加工紙：白）
2）展示台（クロス付）
3）社名板（書体：ゴシック、墨文字）
4）蛍光灯
※1)～4)は展示会事務局で設置します。
出展申込書に必要な物を明記してください。



6. 申込方法　　別紙企業展示出展申込書に必要事項をご記入の上、下記まで E メール添付または FAX でご提出ください。確認後請求書をお送り致しますので、出展料を指定口座にお振込みください。出展申込み締切は、2027 年 2 月 26 日（金）ですが、定数になり次第締切させていただきます。出展をご希望の際は、お早めにお申込みください。

7. 出展料の振込先
銀 行 名：八十二長野銀行
支 店 名：伊那支店（店番 553）
口座番号：普通預金　1026985
ﾀﾞｲﾛｯｶｲﾆﾎﾝﾌｯﾄｹｱｱｼﾋﾞﾖｳｲｶﾞｸｶｲｶﾝﾄｳｺｳｼﾝｴﾂｼﾎｳｶｲｶﾞｸｼﾞｭﾂｼｭｳｶｲ
口座名義：第 6 回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会学術集会

8. 適格請求書発行事業者の登録番号（インボイス番号）
T2011105008917

9. お申込み、連絡先
第 6 回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会　運営事務局
株式会社コンベンションフィールド
〒101-0032　東京都千代田区岩本町 1-3-2　日伸ビル 5 階
TEL：03-6381-1957　FAX：03-6381-1958　E-mail：jfcpmkanto6@conf.co.jp

10. 電気工事　　電気幹線工事・電気使用料は下記の料金により出展社の負担になります。
◇100V:500W まで 16,500 円。501W 以上は 500W あたり 13,200 円増しに
なります。

11. 特別装飾　　出展社の費用で施工してください。展示設計は自由ですが、展示上の構造や設備、主催者規制、消防法の規制などがありますので、展示会事務局までお問い合わせください。

12. 小 間 割　展示申込を受付後、出品の種類、形状、ブース等を考慮の上、主催者で小間割を決定します。出展社の説明会は、行いませんのでご了承ください。

13. 出展物の管理
各出展物の管理は出展社が持つものとし、展示期間中の出展物の盗難・紛失・災害等の損害に対して、補償等の責任は一切負いませんのでご了承ください。

14. 薬事法未承認品の展示に付いて
展示会事務局までお問い合わせください。

15. そ の 他　本学会による展示実績を商品の宣伝広告に用いることは、お控えください。
また、出展物の内容によっては、出展をご辞退いただく場合もありますので、ご了承ください。

16. キャンセルについて
・申込書提出後の取り消しは、原則としてお受けいたしかねます。
やむを得ない理由で取り消しを希望される場合は、書面でその旨をお申し出いただき、主催者の了承を得てください。
・やむを得ず、会期・会場の変更、完全 Web 開催へ移行する場合があります。
なお、開催中止となった場合は、すでに発生した経費について下記の通りお支払いいただきます。
① 2027 年 4 月 25 日まで：出展料の 50%
② 2027 年 4 月 26 日以降：出展料の 80%

広告掲載募集要項

1. 会　　期　　2027年6月26日（土）・27日（日）
2. 参加予定数　　約1,000名
3. 会　　場　　ホクト文化ホール（長野県県民文化会館）
　　〒380-0928　長野県長野市若里1-1-3
4. 事 務 局　　伊那中央病院　メディカルシミュレーションセンター
　　〒396-8555　長野県伊那市小四郎久保1313-1

5. 判　　型　　A4版
6. 発行部数　　1,500部
7. 配布対象　　会員、参加者　他
8. 掲載料金

表4	165,000円（1口／カラー可）
表2	143,000円（1口／モノクロ）
表3	110,000円（1口／モノクロ）
後付1頁	110,000円（5口／モノクロ）
後付1/2頁	66,000円（5口／モノクロ）

税込

9. 制 作 費　　2,000,000円
10. 広告料目標金額　　1,298,000円
11. 依頼社数　　100社
12. 広告原稿　　電子媒体（CD-ROM、DVD-ROM、E-MAIL添付）モノクロ
13. 申込締切日　2027年2月26日（金）
14. 掲載料金振込先

　　銀 行 名：八十二長野銀行
　　支 店 名：伊那支店（店番553）
　　口座番号：普通預金　1026985
　　ﾀﾞｲﾛｯｶｲﾆﾎﾝﾌｯﾄｹｱｱﾝｼﾋﾞﾖｳｲｶﾞｸｶｲｶﾝﾄｳｺｳｼﾝｴﾂｼﾎｳｶｲｶﾞｸｼﾞｭﾂｼｭｳｶｲ
　　口座名義：第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会学術集会

15. 適格請求書発行事業者の登録番号（インボイス番号）
　　T2011105008917
16. キャンセルについて
　　申込書提出後の取り消しは、原則としてお受けいたしかねます。
　　やむを得ない理由で取り消しを希望される場合は、文書にて事情をご説明の上、
　　主催者の了承を受けてください。

17. お申込み、連絡先　　第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会　運営事務局
　　株式会社コンベンションフィールド
　　〒101-0032　東京都千代田区岩本町1-3-2　日伸ビル5階
　　TEL：03-6381-1957　FAX：03-6381-1958
　　E-mail：jfcpmkanto6@conf.co.jp

収支予算書

「収入の部」

項　目	金額（円）	
参加費：前期登録	7,900,000	
会員：医師・一般		@　10,000　×　100　名
会員：メディカルスタッフ、セラピスト		@　6,000　×　350　名
非会員：医師・一般		@　12,000　×　50　名
非会員：メディカルスタッフ、セラピスト		@　7,000　×　200　名
参加費：後期登録		
会員：医師・一般		@　12,000　×　50　名
会員：メディカルスタッフ、セラピスト		@　7,000　×　100　名
非会員：医師・一般		@　14,000　×　50　名
非会員：メディカルスタッフ、セラピスト		@　8,000　×　100　名
共催セミナー	7,040,000	@　1,100,000　×　1　枠
		@　880,000　×　2　社
		@　770,000　×　3　社
		@　660,000　×　2　社
		@　550,000　×　1　社
ハンズオンセミナー	1,650,000	@　550,000　×　3　社
展示出展料	4,125,000	@　165,000　×　25　社
広告掲載料	1,298,000	
本部補助金	1,000,000	日本フットケア・足病医学会
寄付金	500,000	
合　計	**23,513,000**	

「支出の部」

項　目	金額（円）	
【事前準備費】		
印刷費等	2,500,000	プログラム抄録集、封筒、ポスター等
通信諸費	150,000	
事務費	2,500,000	演題処理、ホームページ、参加登録システム等
展示・広告関係費	1,000,000	
【当日運営費】		
会場借用費	2,500,000	ホクト文化ホール
付帯設備費	500,000	
機材・備品費	4,700,000	映像機器、オンデマンド収録
装飾関係費	1,500,000	各種看板、企業展示小間
人件費	2,000,000	ディレクター、オペレーター、アルバイト
諸経費、消耗品	750,000	
招聘関係費	2,000,000	謝金、旅費
会合関係費	1,500,000	懇親会
業務委託費	1,200,000	コンベンション社
【事後処理費】		
消耗品費	100,000	
会計監査費	250,000	
【予備費】	363,000	
合　計	**23,513,000**	

第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
寄付金申込書

第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
会長　山口　梨沙　殿

貴会活動を推進するため、その趣旨に賛同して下記の通り寄付を申し込みます。

〈振込先〉
銀 行 名：八十二長野銀行
支 店 名：伊那支店（店番 553）
口座番号：普通預金　1026985
ﾀﾞｲﾛｯｶｲﾆﾎﾝﾌｯﾄｹｱｱｼﾋﾞﾖｳｲｶﾞｸｶｲｶﾝﾄｳｺｳｼﾝｴﾂｼﾎｳｶｲｶﾞｸｼﾞｭﾂｼｭｳｶｲ
口座名義：第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会学術集会

申　込　日	年　　月　　日
寄 付 金 額	円也
御　社　名 部　　署	
所　在　地	〒
連　絡　先	TEL： FAX：
E－mail	
御 担 当 者	
振込予定日	年　　月　　日

［申込先］（株）コンベンションフィールド
（E-mail：jfcpmkanto6@conf.co.jp　FAX：03-6381-1958）

第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
共催セミナー申込書

申込日　　年　　月　　日

第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
会長　山口　梨沙　殿

貴会共催セミナー開催につき、その趣旨に賛同して下記の通り申し込みます。

	日　時	セッション名・会場
(例)	(6月26日)	(タイプA　ランチョンセミナー)
第一希望		
第二希望		
第三希望		

ご予定のテーマをお知らせください。

テーマ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

座長、演者のご希望をお知らせください。

	氏　名	所　属
座長		
演者		

貴社名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ご住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ご担当部課：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ご担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
TEL：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
E-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

［申込先］(株) コンベンションフィールド
(E-mail：jfcpmkanto6@conf.co.jp　FAX：03-6381-1958)

第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
ハンズオンセミナー申込書

申込日　　年　　月　　日

第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
会長　山口　梨沙　殿

貴会ハンズオンセミナー開催につき、その趣旨に賛同して下記の通り申し込み致します。

（記入例）　6月26日（土）　午後

開催希望時間：第1希望：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

第2希望：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご予定のテーマをお知らせください。

テーマ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

貴社名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当部課：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

備 考：

［申込先］（株）コンベンションフィールド
（E-mail：jfcpmkanto6@conf.co.jp　FAX：03-6381-1958）

第６回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
企業展示出展申込書

第６回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
会長　山口　梨沙　殿

下記の通り企業展示を申し込みます。

申　込　日	年　　月　　日
申込小間数 展　示　料	基礎小間　165,000円　＿＿＿＿小間 展示料金　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円 書籍　　机希望本数　＿＿＿＿＿　本
出展予定品目	
展　示　台 社　名　板 蛍　光　灯	要　・　不要 要　・　不要 要　・　不要
御　社　名 部　　署	
所　在　地	〒
連　絡　先	TEL： FAX：
E－mail	
御担当者	
特別装飾	有　・　無 ※有の場合は備考欄に社名、担当者、連絡先を記載してください。
備　　考	

[申込先]（株）コンベンションフィールド
(E-mail：jfcpmkanto6@conf.co.jp　FAX：03-6381-1958)

第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
広告掲載申込書

第6回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
会長　山口　梨沙　殿

下記の通り広告掲載を申し込みます。

申　込　日	年　　月　　日
ス　ペ　ー　ス	表（　　）・後付　1頁　・　後付　1/2頁
掲　載　品　目	
御　社　名 部　　署	
所　在　地	〒
連　絡　先	TEL： FAX：
E－m a i l	
御 担 当 者	
備　　考	

［申込先］（株）コンベンションフィールド
（E-mail：jfcpmkanto6@conf.co.jp　FAX：03-6381-1958）