

“静岡リハビリテーション合同学会”  
静岡リハビリテーション懇話会  
会 長 藤島 一郎



趣意書（併設展示会協賛のおねがい）  
第 65 回静岡リハビリテーション懇話会  
静岡リハビリテーション医学会合同開催

時下、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。日頃は静岡リハビリテーション懇話会にお力添えをいただき、厚くお礼申し上げます。

本会は静岡県でリハビリテーションに関わりをもつ医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師などメディカルな分野から、社会福祉士、介護福祉士、施設職員などソーシャルな分野に至る、幅広い多職種との交流と相互理解と研鑽を目的に 1988 年（昭和 63 年）に発足した会です。本年度で 37 年目となり、会員総数も 600 名を超え、毎年、年 1 回行われる懇話会には 300～400 名余の出席者によって、活発な発表および意見交換が実施されています。これもひとえに皆様方のご支援によるものと感謝の念に耐えません。

2025 年 9 月 27 日（土）に第 65 回静岡リハビリテーション懇話会・第 48 回静岡リハビリテーション医学会合同で開催予定しております。

つきましては、このような趣旨をご理解いただき、本懇話会の円滑な運営と発展のために、たいへん恐縮ながら第 65 回静岡リハビリテーション懇話会・第 48 回静岡リハビリテーション医学会合同学会「併設展示会」に御協賛いただきたく、書面にてたいへん失礼とは存じますが、お願いを申し上げます。何卒よろしくご検討の程、お願い申し上げます。

記

名称： 第 65 回静岡リハビリテーション懇話会  
日時： 令和 7 年 9 月 27 日（土）13:00 より  
会場： グランシップ静岡 10F （医学会：9F 910）  
世話人： 小川 祐輔 先生 静岡瀬名病院 院長 医師  
責任者： 小嶋 康則 先生 静岡リハビリテーション病院 院長 医師 懇話会中部副会長  
特別講演： 小川 祐輔 先生 静岡瀬名病院 院長 医師  
一般演題： 35 演題  
シンポジウム： 3 演題

【同時開催】 第 48 回 静岡リハビリテーション医学会 特別講演： 現在選考中

共催： 静岡県看護協会・静岡県理学療法士会・静岡県作業療法士会・静岡県言語聴覚士会 予定

後援： 静岡県・静岡県医師会・静岡県歯科医師会・静岡リハビリテーション医学会・静岡県薬剤師会  
・静岡県栄養士会・静岡県歯科衛生士会・静岡県歯科技工士会・静岡県介護福祉士会  
・静岡県社会福祉協議会・静岡県介護支援専門員協会 静岡県医療ソーシャルワーカー協会 以上  
前回後援あり 今回も予定している

展示内容 医療機器・医療用装具・医薬品・医療用飲食関係ほか

|      |      |            |                      |
|------|------|------------|----------------------|
| 展示料金 | 半小間  | 900W×900D  | 30,000 円（希望小間数 4 小間） |
|      | 1 小間 | 1800W×900D | 50,000 円（希望小間数 4 小間） |

合計展示募集数 8 小間

展示協賛してくださる業者様へ、通常広告料の半額でプログラム集への広告掲載をおこないます（白黒印刷）

|          |     |         |               |
|----------|-----|---------|---------------|
| 広告掲載料：A4 | 1/6 | 180×44  | （幅×高さ）+5000 円 |
| A4       | 1/3 | 180×85  | +10,000 円     |
| A4       | 1/2 | 180×130 | +15,000 円     |
| A4       | 全面  | 180×270 | +30,000 円     |

（広告例）URL <http://rehabili.godream.ne.jp/img/20190928endai.pdf>

併設展示締め切り：定数に達した時点で募集終了

（申し込み順で優先的に展示場所を事務側で割り振らせていただきます）

広告申し込み締め切り：令和 7 年 8 月 15 日（金）17:00 まで

広告原稿提出締め切り：令和 7 年 8 月 15 日（金）17:00 まで

広告原稿提出方法：懇話会 e-mail へ電子媒体でのファイル形式

PDF 形式、PhotoshopPSD 形式、JPEG 形式 CD,DVD,USB ストレージ、

お支払い：お申し込みを確認し、当会から e-mail で請求書を送付します。到着後振込願います。

お振り込み：令和 7 年 9 月 19 日（金）まで

広告料振込先：口座 しずおか焼津信用金庫 新富支店 普 0549429 静岡リハビリテーション懇話会

版下送付先：懇話会事務局（下記参照）

以上

お問い合わせ：静岡リハビリテーション懇話会 事務局

事務局長・担当 小嶋 玲奈

事務補佐・担当 佐藤 陽介

E-mail: [info@shizureha-konwakai.com](mailto:info@shizureha-konwakai.com)

〒421-1201 静岡市葵区新間 318 番地の 1

TEL:054-277-1221 FAX:054-277-1225

申し込み日  
2025 年 月 日

第 65 回静岡リハビリテーション懇話会  
併設展示会協賛申込書

FAX : 054-277-1225

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |  |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 御社名                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |  |
| ご住所                         | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |  |
| ご担当部署                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |  |
| ご担当者名                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |  |
| ご連絡先                        | TEL                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FAX     |  |
| E-mail<br>(分かりやすく記載をお願いします) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |  |
| 小間の広さ                       | <input type="checkbox"/> 半小間 (30,000 円) <input type="checkbox"/> 1 小間 (50,000 円)                                                                                                                                                                                                                 |         |  |
| 広告の大きさ                      | <input type="checkbox"/> なし                      (展示のみ)<br><input type="checkbox"/> A4 1/6                5,000 円<br><input type="checkbox"/> A4 1/3                10,000 円<br><input type="checkbox"/> A4 1/2                15,000 円<br><input type="checkbox"/> A4 全面               30,000 円 |         |  |
| 展示レイアウトご提出予定                | 年      月      日                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 特になし    |  |
| 版下ご提出予定<br>(印刷はモノクロになります)   | 年      月      日                                                                                                                                                                                                                                                                                  | すでに提出済み |  |
| ご紹介いただいた施設や<br>先生など         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |  |
| ご希望・ご質問事項                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |  |

※請求書はメール PDF にて送らせていただきます。そのためメールアドレス・担当者名はわかりやすく記載をお願いします。

版下サイズ (目安)    A 4    1/6      180×44    (幅×高さ)    印刷はモノクロになります  
                                  A 4    1/3      180×85  
                                  A 4    1/2      180×130  
                                  A 4    全面    180×270