



一般社団法人日本地域医療学会
Japanese Association of Community Healthcare

趣 意 書

[御協賛の内容]

協賛金
抄録集への広告掲載
企業展示
ランチョンセミナー(一部訂正)

第4回学術集会
(開催地 / 新潟県新潟市)

趣 意 書

平素より日本地域医療学会の運営につきましては、深い御理解と格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、「第4回学術集会」を令和7年10月11日（土）・12日（日）の2日間、新潟県新潟市において「朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター」を主会場に開催いたします。本学術集会は、メインテーマを『地域で学び、地域に活かし、みんなで育み紡ぐ、未来希望の地域医療』と掲げ、新潟県から全国へ取り組みを発信します。

高齢化が進む日本では複数疾患を併存し、医療ニーズだけではなく介護・福祉ニーズも併せ持つ患者が増え、地域全体で治し・支え・寄り添う医療への転換が進んでいます。このような医療を実現するための担い手として、地域で幅広い疾患と多様な課題を抱える患者を継続的・包括的に診療できる総合診療医が求められています。地域では病気を診るだけでなく患者さんの人生に寄り添い、地域包括ケアを実践できる医師が必要です。今、時代は人と地域をまるごと診ることができる「地域総合診療専門医」を求めています。今回の学術集会では、地域総合診療専門医のありたい姿を探るとともに、これからの展望について議論を深めることを目的に開催いたします。

貴社（団体）におかれましては、私たちが日々取り組んでおります活動と第4回学術集会の開催趣旨に格別の御理解を賜り、本学術集会の目的が達成されますように御協力と御支援をいただきたくお願い申し上げます。

なお、御協力、御支援をいただく場合、御協賛（協賛金）、会場での展示、抄録集への広告掲載及びランチョンセミナーがございますので、併せて御高配を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

令和6年11月吉日

一般社団法人日本地域医療学会

理事長 小野 剛

（秋田県：市立大森病院院長）



第4回学術集会

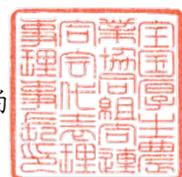
学会長 藤森 勝也

（新潟県：JA新潟厚生連 あがの市民病院院長）



全国厚生農業協同組合連合会

代表理事理事長 歸山 好尚



御協賛について
(協賛金)

第4回日本地域医療学会 学術集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きとともに、次の口座にお振込みください。
申込締切日	令和7年8月29日(金)
送金締切日	令和7年8月29日(金)
送金先	銀行名 みずほ銀行 浜松町支店(店番号:148) 預金種別 普通預金 口座番号 3117821 預金名義 一般社団法人日本地域医療学会 代表理事 小野 剛 (イッパンジャグンホウジンニホンチイキリョウガクカイ ダ化ヨウリジ オノ ツヨシ)
問い合わせ先 申し込み先	〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 VORT 芝大門 4階 一般社団法人日本地域医療学会内 第4回学術集会事務局 TEL 03-6402-4010 FAX 03-6402-4011 Email office@jach.or.jp

協賛金申込書

一金 _____ 円也

ただし、第4回学術集会に対する
協賛金として頭書の金額を申し込みます。

令和 年 月 日

企 業 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 _____

御入金予定日 令和 年 月 日

請求書をご希望される場合は「」にチェックを入れてください。

第4回学術集会
学会長 藤森勝也 殿

(切取線)

広告掲載について

第4回学術集会に対する広告掲載につきましては、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。

申込方法	「広告掲載申込書」により、学会事務局までお申し込みください。
掲載する資料	第4回学術集会の「抄録集」に掲載いたします。 ※抄録集...令和7年10月 700部作成予定
掲載料	A4版 100,000円 A5版 50,000円
申込締切日	令和7年8月29日(金) 申込書をお受けした後、請求書を発行いたします。
掲載原稿	貴社(団体)御指定の原稿をモノクロで使用いたします。 原稿は、データでCD等により申込書に添付して送付願います。 A4サイズは縦長、A5サイズは横長での掲載となります。 ※事務局にて掲載原稿の作成はいたしません。予め御了承ください。
ページ割	広告掲載のページ割は、学会事務局へ一任願います。
問い合わせ先 申し込み先	〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 VORT 芝大門 4階 一般社団法人日本地域医療学会内 第4回学術集会事務局 TEL 03-6402-4010 FAX 03-6402-4011 Email office@jach.or.jp

広告掲載申込書

第4回日本地域医療学会 学術集会の抄録集に、次のとおり広告掲載を申し込みます。

「申込表示」欄に○印を付してください。

	サイズ	単価	申込表示
抄録集	A4版	100,000円	
	A5版	50,000円	

広告掲載料合計 金 円

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4回学術集会
学会長 藤森勝也 殿

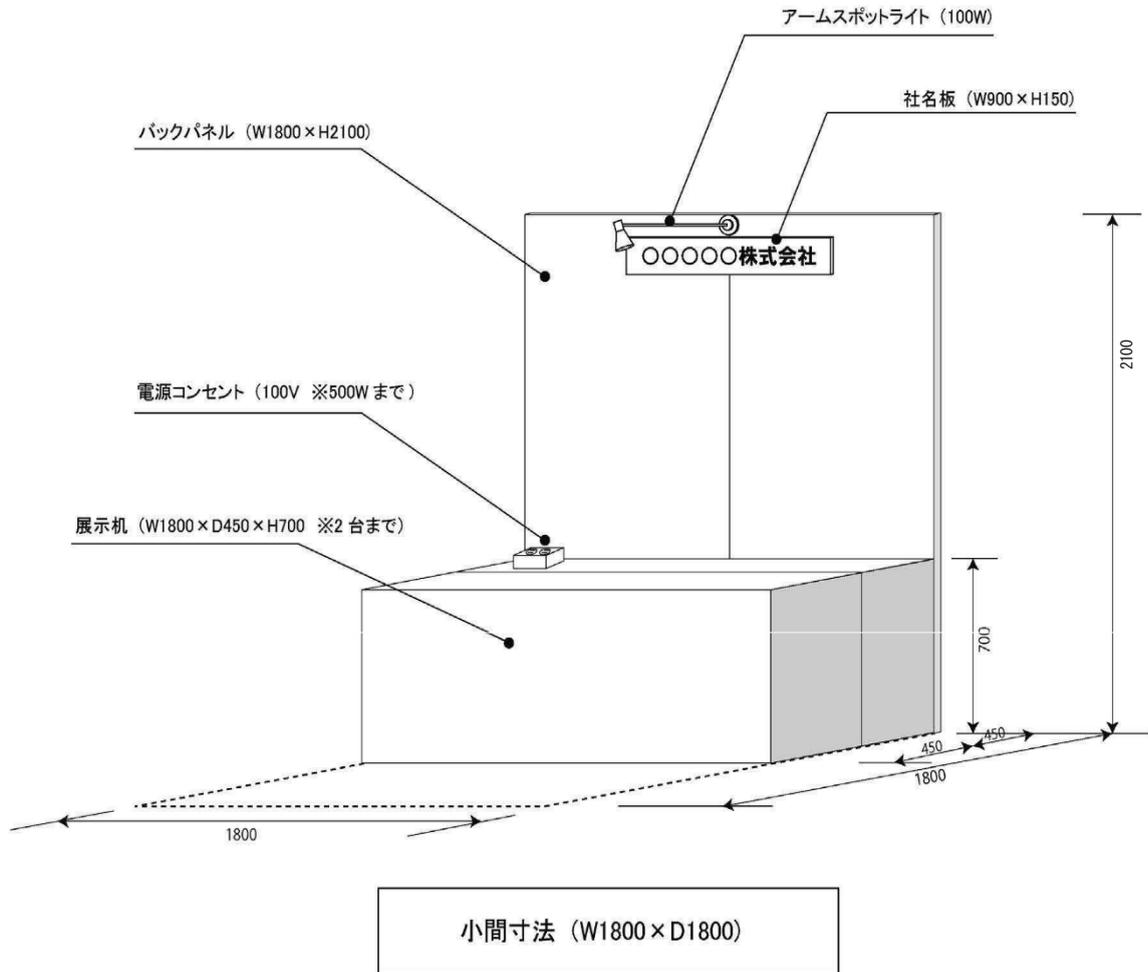
機器、図書、医薬品並びに高齢者食（介護食）等の展示について

第4回学術集会の機器、図書、医薬品並びに高齢者食（介護食）等の展示につきましては、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。

申込方法	「機器、図書、医薬品並びに高齢者食（介護食）等の展示申込書」により、学術集会事務局までお申し込みください。
展示会場	「朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター」 〒950-0078 新潟市中央区万代島6番1号 TEL：025-246-8400
展示期間	令和7年10月11日(土) 9時00分～18時00分 令和7年10月12日(日) 9時00分～15時00分
	搬入：令和7年10月10日(金) 13時00分～ 搬出：令和7年10月12日(日) 15時00分～
展示料金	1小間 150,000円
1小間あたりの寸法	寸法：間口180cm 奥行き180cm 備品：バックパネル (W1,800 H2,100) 展示机 (W1,800 × D450 × H700) 社名板 (W900 × H150) アームスポットライト (100W × 1 灯) 電源コンセント (100V × 2 口・基本 500W まで)
使用電力	上記仕様に基づき配線工事を施工しますが、申し込みの電気使用が極端に大きい場合は、工事費を徴収することがあります。(事前に連絡いたします。)
小間割り	小間割りは、学術集会事務局へ一任願います。
申込締切日	令和7年8月29日(金) 申込書をお受けした後、請求書を発行いたします。 ※定数になり次第、締め切らせていただきます。 出展取消は原則できません。出展料の返却もいたしかねます。
第4回学術集会事務局（一般社団法人日本地域医療学会内） 〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 VORT芝大門4F TEL：03-6402-4010 / FAX：03-6402-4011 E-mail：office@jach.or.jp	

※出展者は、必ず会場係員を派遣して、出展物の管理にあってください。学会は出展物の盗難、紛失、火災、損傷、不可抗力等の出展者の損害に対して、補償の責任を負いかねます。火気、その他の危険物の持ち込みは一切禁止とします。

展示小間イメージ図



機器、図書、医薬品並びに高齢者食(介護食)等の展示申込書

第4回学術集会の機器、図書、医薬品並びに高齢者食(介護食)等の展示に、次のとおり出展を申し込みます。

申込小間数	小間 (※ 1小間 150,000円)
展示料	円 (@ 150,000円 × 小間)
使用電力容量	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> V W </div> ※ 100V × 2口 500W 以内で収まる場合、記載は不要です。
展示机(台)	必要(使用机数 本) ・ 不要 2本を上限といたします。 ※展示机サイズ(W1,800 × D450 × H700)
出展予定品目	

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4回学術集会
 学会長 藤森勝也 殿

(切取線)

ランチオンセミナーについて

第4回日本地域医療学会 学術集会におけるランチオンセミナーにつきましては、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。

ランチオンセミナー 開催日時	①令和7年10月11日(土)12:00～12:50(予定) ②令和7年10月12日(日)12:00～12:50(予定) 1日2社の4社程度。先着順。
会場	朱鷺メッセ新潟コンベンションセンター 国際会議室、中会議室の2会場
講演形式	1セミナー50分以内 プロジェクター等使用可能
開催料金	①企業展示出展または広告掲載をいただいた企業 1セミナー 15,000円 ②上記以外の企業 1セミナー 50,000円 ①、②とも昼食時間帯ですので、参加者の「お弁当と飲料」を別途ご負担いただきます。
申込方法	「ランチオンセミナー申込書」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7年8月29日(金)
送金締切日	令和7年8月29日(金)
送金先	銀行名 みずほ銀行 浜松町支店(店番号:148) 預金種別 普通預金 口座番号 3117821 預金名義 一般社団法人日本地域医療学会代表理事 小野 剛 (イッパシヤダシホウジニホンチイキイウガクカイ ダ化ヨウリジ オノ ツヨシ)
問い合わせ先 申し込み先	〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 VORT 芝大門 4階 一般社団法人日本地域医療学会内 第4回学術集会事務局 TEL 03-6402-4010 FAX 03-6402-4011 Email office@jach.or.jp

ランチョンセミナー申込書

一金 _____ 円也

ただし、第4回学術集会に対する
ランチョンセミナーとして頭書の金額を申し込みます。

○開催希望日 令和7年 _____ 月 _____ 日

○準備するお弁当・お茶の個数 _____ 個

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

企会社・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4回学術集会
学会長 藤森勝也 殿

第4回日本地域医療学会 学術集会 収支予算書

【収入の部】	収入計 10,000千円
◆ <u>参加負担金</u>	<u>4,000千円</u>
	参加者 計 560人
会 員(現地参加)	@ 12,000円 × 120人 1,440千円
会 員(オンライン参加)	@ 8,000円 × 80人 640千円
一般参加者(現地参加)	@ 15,000円 × 60人 900千円
一般参加者(オンライン参加)	@ 10,000円 × 40人 400千円
専攻医[会員・非会員](現地参加)	@ 7,000円 × 10人 70千円
専攻医[会員・非会員](オンライン参加)	@ 4,000円 × 5人 20千円
医師以外[多職種 会員・非会員](現地参加)	@ 3,000円 × 60人 180千円
医師以外[多職種 会員・非会員](オンライン参加)	@ 2,000円 × 40人 80千円
研修医(会員・非会員 現地参加、オンライン参加)	20人 (無料)
学 生(会員・非会員 現地参加、オンライン参加)	100人 (無料)
外部講師	25人 (無料)
昼 食 代	@ 1,000円 × 270食(1日分) 270千円
◆ <u>協賛金</u>	<u>6,000千円</u>
協賛金	2,940千円
広告掲載料	(A4版10万円 10社A5版5万円 10社) 1,500千円
展 示	(10社 1小間15万円) 1,500千円
ランチョンセミナー	(15千円 4社) 60千円
【支出の部】	支出計 10,000千円
会場使用料	1,200千円
委託費等 (運営、設営、参加受付、参加費徴収、宿泊手配、オンライン経費等)	4,000千円
印刷代 (抄録集・ポスター等)	2,000千円
講師等謝礼	300千円
講師等旅費	1,300千円
学生旅費 (一部補助)	800千円
昼食代 (講師、スタッフ分含む)	300千円
飲み物代	70千円
事務経費等	30千円