

公益社団法人 岐阜県診療放射線技師会

令和5年度 冬季セミナー

趣意書

会 期：2024年1月27日(土)
会 場：大垣市情報工房 5階 セミナー室

主 催

公益社団法人 岐阜県診療放射線技師会

事務局 公益社団法人 岐阜県診療放射線技師会
〒500-8384 岐阜市藪田南三丁目5番23-503号
公益社団法人 岐阜県診療放射線技師会事務局内
TEL・FAX:058-272-0082
E-mail: gifuart-office@gifuart.org

令和5年度 冬季セミナー 開催ご支援のお願い

謹啓

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼を申し上げます。

さて、このたび令和5年度冬季セミナーを2024年1月27日(土)に、大垣市情報工房にて開催する運びとなりました。

本大会は、地域医療における放射線画像診断・治療等の研究と医療技術の発展を目標としています。診療放射線技師の知識・技術の向上及び業務に必要な情報の提供等を行うことにより、画像診断の発展に貢献することができればと願っております。

本来であれば参加者の会費により運営するのが本旨ではありますが、運営には多大な経費を必要とし、遺憾ながら会費だけでは十分な大会運営が難しいのが実情であります。大会の内容をより充実させ十分な成果を上げるために、皆様のご理解とご支援を必要とします。

つきましては、諸般の厳しい情勢の折り誠に恐縮に存じますが、本大会開催の趣旨にご賛同戴きまして、ご厚志賜りますよう深くお願い申し上げます。

末筆ながら、皆様の益々のご繁栄を心より祈念申し上げます。

謹白

2023年10月吉日

令和5年度 冬季セミナー 実行委員会

岐阜県診療放射線技師会 会長 加藤 秀記

開催概要

- 名称 令和5年度 冬季セミナー
- 主催 公益社団法人 岐阜県診療放射線技師会
- 会期 2024年1月27日(土)
- セミナー長 加藤 秀記
- 開催場所 大垣市情報工房 5階 セミナー室
- 参加人数 100名予定
- 参加対象者 診療放射線技師、企業関係者等
- 事業内容 1) 教育講演
2) 特別講演
- 協賛募集企画 2) 特別講演

特別講演開催募集要項

1. 募集期間：2023年10月30日（月）～2023年11月6日（月）
2. 開催日、会場、募集内容：

開催日	会場	講演時間	共催費（消費税込）
1月27日（土）	大垣市情報工房	60分	¥10,000

※以下の費用は上記共催費に含まれておりません。共催企業様の実費オプションとなります。

- ① 演者・座長打合せ食事等
 - ② 謝礼：講演者・座長
 - ③ その他諸経費
3. 共催費の納入：共催費用につきましては、お申込後に請求書と振込先を送付させていただきます。その後、指定期日迄に下記口座へお振込みください。
※申込書受領後に事務局より請求書を発行させていただきます。
※振込手数料は貴社にてご負担いただきますようお願い申し上げます。
 4. 申込方法：下記の担当者へ電話または、別紙申込書に必要事項をご記入いただきEメールにて、お申し込みの旨ご連絡下さい。
確認後、改めて事務局よりご連絡申し上げます。
 5. 担当者： 藤井 孝三（ふじい こうぞう）
岐阜県立多治見病院 中央放射線部
〒507-8522 岐阜県多治見市前畑町5丁目161番地
TEL0572-22-5311 内線 PHS：7393
E-mail: fujii-kozo@tajimi-hospital.jp
 6. 注意事項： ①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。但し、プログラムを検討の上で、調整させていただく場合もございます。
②複数企業との共同開催での開催も可能です。
③申込受理後の解約は原則として認めません。
④申込受理後、開催迄の詳細やスケジュールをメールにてご案内いたします。テーマ、座長及び演者については原則として事務局にご相談の上、ご共催企業様で決定していただきますようお願いいたします。

7. 依頼先決定： 申込み企業様と協議させていただいたのち、依頼先の最終決定をさせていただきます。

8. 事務局： 令和5年度冬季セミナー

〒500 - 8384 岐阜県岐阜市藪田南三丁目 5 番 23-503 号公益社団法人
岐阜県診療放射線技師会事務局内

TEL・FAX:058-272-0082 E-mail: gifuart-office@gifuart.org

9. 情報公開に関する同意

企業会社の活動における医療関係機関との透明性・信頼向上のため、医療機関及び医療関係者に対する研究費、寄付、交流等の支出に関する情報を、製薬企業が自社のウェブサイトで公開することに伴い、貴社と当会との大会共催費に関し、当該ウェブサイトで公開されることに同意します。

特別講演開催申込書

貴社名 _____ 印

ご担当部署 _____

ご担当者名 _____

ご住所 (〒 _____)

T E L _____ F A X _____

E - m a i l _____

【セミナーテーマ及び座長・演者】(予定) ※恐縮ですがテーマ(演題タイトル)だけでもなるべくお早めに決定していただきますようお願いいたします。

演 題 名 (_____)

演者ご芳名・ご所属(_____)

座長ご芳名・ご所属(_____)

担当 : 藤井 孝三

岐阜県立多治見病院 中央放射線部

〒507-8522 岐阜県多治見市前畑町5丁目161番地

Tel0572-22-5311 内線 PHS : 7393

E-mail: fujii-kozo@tajimi-hospital.jp