第 40 回岐阜県病院協会医学会

協賛募集趣意書

会　期：令和 7 年(2025 年)10 月 26 日(日)

会　場：OKB ふれあい会館(岐阜県岐阜市)

学会長：林　昌俊　(岐阜赤十字病院　院長)

ご挨拶

謹啓　時下ますます隆盛のこととお慶び申し上げます。

平素は地域医療の発展と持続可能な医療体制の構築にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

さて、この度、第 40 回岐阜県病院協会医学会を下記のとおり開催する運びとなりました。

県内 88 病院の会員が参加する伝統ある医学会であり、長きにわたり地域医療に従事する医療関係者が一堂に会し、知識の共有と意見交換を行う貴重な場として、毎年多くの皆様にご参加いただいております。

本学会のテーマは、「地療創生」、サブテーマは「持続可能な地域医療への挑戦」として、各部門より日ごろの取り組みを発表させて頂き、地域医療の現場で直面する課題を共有し、将来を見据えた新たな医療体制の創造を目指します。少子高齢化や医療資源の不足といった厳しい状況の中で、私たち医療従事者が地域の医療をどのように守り、発展させていくかを共に考え行動していくことが私達病院関係者の役割であると思っております。

つきましては、本学会の趣旨にご賛同頂き、合わせて諸般の事情をおくみいただき、是非とも格別のご配慮、ご高配を賜りたくお願い申し上げます。

末筆ながら、貴社のますますのご発展を祈念致しております。

謹白

令和 7 年 1 月吉日

一般社団法人　岐阜県病院協会
会長　松波　英寿
（社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 理事長）

第 40 回岐阜県病院協会医学会
学会長　林　昌俊
（岐阜赤十字病院　　院長）

第 40 回岐阜県病院協会医学会　開催概要

テ　ー　マ　：　「 地療創生 － 持続可能な地域医療への挑戦 － 」

主　　催　：　一般社団法人　岐阜県病院協会
会長　松波　英寿（社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 理事長）

学　会　長　：　林　昌俊（岐阜赤十字病院　院長）

会　　期　：　令和 7 年（2025 年）10 月 26 日(日)

会　　場　：　ＯＫＢふれあい会館
（岐阜県岐阜市薮田南 5 丁目 14 番 53 号）

参　加　者　：　約 1,000 人

主なﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ　：　特別講演、一般演題（口演）、共催セミナー、付設展示

組織委員会　：　学 会 長　林　昌俊（岐阜赤十字病院　院　長）
副 委 員 長　長島　賢司（岐阜赤十字病院　副院長）
副 委 員 長　石森　正敏（岐阜赤十字病院　副院長）
副 委 員 長　澤田　道夫（岐阜赤十字病院　院長補佐）

後援(予定)　：　一般社団法人　岐阜県医師会
※順不同　公益社団法人　岐阜県歯科医師会
一般社団法人　岐阜県薬剤師会
公益社団法人　岐阜県看護協会
公益社団法人　岐阜県診療放射線技師会
一般社団法人　岐阜県臨床検査技師会
公益社団法人　岐阜県理学療法士会
一般社団法人　岐阜県作業療法士会
一般社団法人　岐阜県臨床工学技士会
公益社団法人　岐阜県栄養士会
岐阜県病院薬剤師会
岐阜県言語聴覚士会
一般社団法人　岐阜県ソーシャルワーカー協会
一般社団法人　岐阜県歯科衛生士会
一般社団法人　岐阜市医師会
一般社団法人　岐阜市歯科医師会
岐阜市
岐阜県

学会事務局　　：　第 40 回岐阜県病院協会医学会 学会事務局
〒502-8511　岐阜県岐阜市岩倉町 3 丁目 36 番地
岐阜赤十字病院　総務課
E-mail：soumu@gifu-med.jrc.or.jp
TEL：058-231-2266（内線 1121）/ FAX：058-233-7772

運営事務局　　：　第 40 回岐阜県病院協会医学会 運営事務局
株式会社コームラ　「第 40 回岐阜県病院協会医学会」係
〒501-2517　岐阜県岐阜市三輪ぷりんとぴあ 3
TEL：058-229-5858（平日 9：00～17：30）　FAX：058-229-6001
E-mail：gifu40@kohmura.co.jp

ホームページ URL：　https://www.k-gakkai.jp/gifu40

情報公開に関する同意について

本学会は、日本製薬工業協会、日本ジェネリック製薬協会の「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」ならびに日本医療機器産業連合会の「医療機器業界における医療機関等との透明性ガイドライン」およびこれに準じて定めた貴社の指針に基づき、貴社が本学会へ支払う寄付金、協賛金等について貴社ウェブサイト等を通じて公開されることを承諾いたします。

第 40 回岐阜県病院協会医学会　収支予算書

1. 収入の部（単位：円）

費　目	金　額
参加費（一般参加者 1,000 名）	3,000,000
企業協賛金	
共催セミナー　3 社	1,600,000
付設展示　20 社	2,000,000
抄録集広告　58 社	2,500,000
補助金（一般社団法人岐阜県病院協会）	2,000,000
寄付金	1,400,000
合　計	12,500,000

2. 支出の部（単位：円）

費　目	金　額
会場使用料、会場備品・付設設備使用料	1,500,000
講師謝金費	500,000
印刷・各種制作費	
演題抄録集等	2,500,000
参加証、ホームページ 他	500,000
会場設営費（投影機材関連費含む）	3,500,000
運営諸費（レンタル備品、マニュアル、来場者・座長・演者・スタッフ弁当代 他）	3,000,000
業務委託費	500,000
事務局諸経費	500,000
合　計	12,500,000

共催セミナー　募集要項

開 催 日： 令和 7 年（2025 年）10 月 26 日(日)
開催時間： 12：20～13：20（時間は変更になることがあります。）
開催会場： ＯＫＢふれあい会館
下記各会場での開催を募集いたします。
大会議室(302)　　（ 会議室　約 360 席 ）
中会議室(301)　　（ 会議室　約 120 席 ）
展望レセプションルーム　（ 会議室　約 72 席 ）

募集枠数： 3セミナー

共 催 費： ① 大会議室　　募集：１社　700,000 円（税込）
② 中会議室　　募集：１社　500,000 円（税込）
③ 展望レセプションルーム　　募集：１社　400,000 円（税込）

共催費用に含まれるもの:

項目	数量	項目	数量
参加者用弁当代	学会事務局に ご一任ください	発表用 PC、周辺機材	1 式
会場費（控室含む）	1 室	レーザーポインター	演者用 1 本
スクリーン	1 枚	座長・演者用マイク	各 1 本
プロジェクター	1 台	質疑応答用マイク	フロア　適数

共催費に含まれないもの:

●座長・演者の謝金・交通費・宿泊費　●控室用飲食代
●アナウンス・受付・照明操作等の運営スタッフ　●控室での試写用機材および人件費等
●広報チラシ制作・印刷費

申込期限： **令和 7 年 6 月 30 日(月)**
※申込多数の場合は学会事務局にて採択させていただきます。

申込方法： 別紙「共催セミナー申込書」に必要事項を記入の上、運営事務局まで
メールまたはファックスでお申し込みください。

入金方法・入金期限：お申し込み後に請求書をお送りしますので、**令和 7 年 8 月 29 日(金)**までに
下記口座宛にお振込みください。

銀行名：十六銀行
支店名：忠節支店　（店番）１１３
口座種類：普通
口座番号：１５６４４８２
口座名義：第 40 回岐阜県病院協会医学会　林　昌俊（ﾀﾞｲﾖﾝｼﾞｭｯｶｲｷ ﾌｹﾝﾋﾞﾖｳｲﾝｷｮｳｶｲｲｶ ﾊﾔｼ ﾏｻﾄｼ）

※恐れ入りますが、振込手数料は御社にてご負担ください。

申込取消： 共催申込後は、主催者にて現地開催を中止した場合、または主催者が不可抗力と認めた事故以外は、取消はできません。
従って、共催費の返却も致しかねますのでご了承ください。

申込先・問合せ先　　：第 40 回岐阜県病院協会医学会 運営事務局
株式会社コームラ　「第 40 回岐阜県病院協会医学会」係
〒501-2517　岐阜県岐阜市三輪ぷりんとぴあ 3
TEL：058-229-5858（平日 9：00～17：30）　FAX：058-229-6001
E-mail：gifu40@kohmura.co.jp

学会に関する問合せ先：第 40 回岐阜県病院協会医学会 学会事務局
〒502-8511　岐阜県岐阜市岩倉町 3 丁目 36 番地
岐阜赤十字病院　総務課
E-mail：soumu@gifu-med.jrc.or.jp
TEL：058-231-2266（内線 1121）/ FAX：058-233-7772

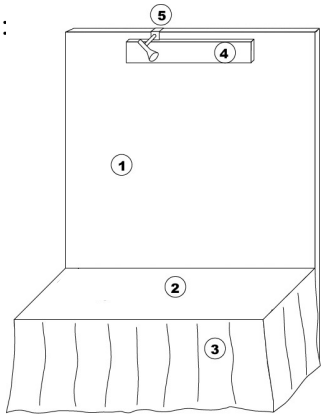
付設展示　募集要項

開 催 日： 令和 7 年（2025 年）10 月 26 日(日)

展示会場： ＯＫＢふれあい会館　屋内イベント広場　等（予定）

出展料金： １小間　100,000 円（基礎小間の施工費用含む/税込）　　募集：20 小間

基礎小間仕様：



①バックパネル（W1,800×H2,100）
②展示台　(W1800×D600×H700)
③白布
④社名板　(W900×H150、白地ウッドラック、ゴシック体スミ文字)
⑤アームスポットライト（100W　1 灯）

※ 小間の割当ては、申し込み締め切り後、運営事務局にて決定しますので、ご一任願います。出展者説明会は、実施いたしません。

申込方法： 別紙「付設展示出展申込書」に必要事項を記入の上、運営事務局までメールまたはファックスにてお申し込みください。

申込期限： 令和 7 年 6 月 30 日(月)

入金方法・入金期限：お申し込み後に請求書をお送りしますので、令和 7 年 8 月 29 日(金)までに下記口座宛にお振込みください。

銀行名：十六銀行
支店名：忠節支店　（店番）１１３
口座種類：普通
口座番号：１５６４４８２
口座名義：第 40 回岐阜県病院協会医学会　林　昌俊
（ﾀﾞｲﾖﾝｼﾞｭｯｶｲｷ ﾌｹﾝﾋﾞｮｳｲﾝｷｮｳｶｲｲｶﾞｯｶｲ　ﾊﾔｼ　ﾏｻﾄｼ）

※恐れ入りますが、振込手数料は御社にてご負担ください。

申込取消： 共催申込後は、主催者にて現地開催を中止した場合、または主催者が不可抗力と認めた事故以外は、取消はできません。
従って、出展料金の返却も致しかねますのでご了承ください。

出展物の管理：出展物の盗難、損傷、紛失、災害等による損害に対する補償などの責任は、一切負いかねますのでご了承ください。出展物は出展者の責任において管理願います。

スケジュール：　搬　　入　　令和 7 年 10 月 25 日(土)　13：30～17：30（予定）
展示期間　　令和 7 年 10 月 26 日(日)　 9：00～16：00（予定）
撤　　去　　令和 7 年 10 月 26 日(日)　16：00～17：30（予定）

申込先・問合せ先　　：第 40 回岐阜県病院協会医学会 運営事務局
株式会社コームラ　「第 40 回岐阜県病院協会医学会」係
〒501-2517　岐阜県岐阜市三輪ぷりんとぴあ 3
TEL：058-229-5858（平日 9：00～17：30）　FAX：058-229-6001
E-mail：gifu40@kohmura.co.jp

学会に関する問合せ先：第 40 回岐阜県病院協会医学会 学会事務局
〒502-8511　岐阜県岐阜市岩倉町 3 丁目 36 番地
岐阜赤十字病院　総務課
E-mail：soumu@gifu-med.jrc.or.jp
TEL：058-231-2266（内線 1121）/ FAX：058-233-7772

演題抄録集広告　募集要項

媒 体 名： 第 40 回岐阜県病院協会医学会　演題抄録集
配付対象： 第 40 回岐阜県病院協会医学会　参加者および協賛企業・団体
発行部数： 1,200 部（予定）

制作費用： 2,500,000 円（税込）

広告料金：

掲載ページ	仕　様	募集枠	金　額
表４（裏表紙）	Ａ４・カラー	１枠	150,000 円（税込）
表２（表紙の裏）	Ａ４・カラー	１枠	100,000 円（税込）
表３(裏表紙の裏)	Ａ４・カラー	１枠	100,000 円（税込）
後付１ページ	Ａ４・モノクロ	６枠	80,000 円（税込）
後付 1/2 ページ	Ａ４の 1/2・モノクロ	10 枠	50,000 円（税込）
後付 1/3 ページ	Ａ４の 1/3・モノクロ	39 枠	30,000 円（税込）

申込方法： 別紙「演題抄録集広告掲載申込書」に必要事項を記入の上、運営事務局まで
メールまたはファックスでお申し込みください。

申込期限： 令和 7 年 6 月 30 日(月)

広告原稿： PDF 形式のデータを、運営事務局へメール添付にてお送りください。

広告原稿提出期限： 令和 7 年 7 月 31 日(木)

入金方法・入金期限：お申し込み後に請求書をお送りしますので、令和 7 年 8 月 29 日(金)までに
下記口座宛にお振込みください。

銀行名：十六銀行
支店名：忠節支店　（店番）１１３
口座種類：普通
口座番号：１５６４４８２
口座名義：第 40 回岐阜県病院協会医学会　林　昌俊（ﾀﾞｲﾖﾝｼﾞｭｯｶｲｷ ﾌｹﾝﾋﾞﾖｳｲﾝｷｮｳｶｲｲｶﾞｯｶｲ　ﾊﾔｼ　ﾏｻﾄｼ）

※恐れ入りますが、振込手数料は御社にてご負担ください。

申込先・広告原稿送付先：第 40 回岐阜県病院協会医学会 運営事務局
株式会社コームラ　「第 40 回岐阜県病院協会医学会」係
〒501-2517　岐阜県岐阜市三輪ぷりんとぴあ 3
TEL：058-229-5858（平日 9：00～17：30）　FAX：058-229-6001
E-mail：gifu40@kohmura.co.jp

学会に関する問合せ先：　第 40 回岐阜県病院協会医学会 学会事務局
〒502-8511　岐阜県岐阜市岩倉町 3 丁目 36 番地
岐阜赤十字病院　総務課
E-mail：soumu@gifu-med.jrc.or.jp
TEL：058-231-2266（内線 1121）/ FAX：058-233-7772

寄付金　募集要項

募金の名称　：　第 40 回岐阜県病院協会医学会

募金目標額　：　1,400,000 円

募金対象先　：　製薬・医療機器・医療関連企業、その他企業・団体等に広く募ります

募金期限　　：　令和 7 年 9 月 30 日(火)

寄付金の用途：　令和 7 年 10 月 26 日(日)に開催される第 40 回岐阜県病院協会医学会の開催準備および運営費用に充当します。

申込方法　　：　別紙「寄付承諾書」に必要事項を記入の上、運営事務局まで
メールまたはファックスでお申し込みください。

振込先　　：　寄付金は下記へお振込み願います。

銀行名：十六銀行
支店名：忠節支店　（店番）１１３
口座種類：普通
口座番号：１５６４４８２
口座名義：第 40 回岐阜県病院協会医学会　林　昌俊
（ﾀﾞｲﾖﾝｼﾞｭｯｶｲｷ ﾌｹﾝﾋﾞﾖｳｲﾝｷｮｳｶｲｲｶﾞｯｶｲ　ﾊﾔｼ　ﾏｻﾄｼ）

※恐れ入りますが、振込手数料は御社にてご負担ください。

税法上の取扱い：　寄付金に対する免税措置はございませんので予めご了承ください。

寄附に関する問合せ先：第 40 回岐阜県病院協会医学会 運営事務局
株式会社コームラ　「第 40 回岐阜県病院協会医学会」係
〒501-2517　岐阜県岐阜市三輪ぷりんとぴあ 3
TEL：058-229-5858（平日 9：00～17：30）　FAX：058-229-6001
E-mail：gifu40@kohmura.co.jp

学会に関する問合せ先：第 40 回岐阜県病院協会医学会 学会事務局
〒502-8511　岐阜県岐阜市岩倉町 3 丁目 36 番地
岐阜赤十字病院　総務課
E-mail：soumu@gifu-med.jrc.or.jp
TEL：058-231-2266（内線 1121）/ FAX：058-233-7772

E-mail：gifu40@kohmura.co.jp ／ FAX：058-229-6001　　申込期限：令和7年6月30日(月)

第40回岐阜県病院協会医学会

共催セミナー申込書

令和　　年　　月　　日

「第40回岐阜県病院協会医学会」に賛同し、下記のとおり共催セミナー開催を申し込みます。

貴社／団体名　　印

〒

ご住所

ご担当者様氏名：

所属：

TEL：　　FAX：

E-mail：

※ご記入いただいた個人情報の内容については、本学会の連絡以外には使用いたしません。

■ 申込内容　※ご希望の会場規模の種類に✓印をお付けください。

ＯＫＢふれあい会館

□ 大会議室　　□ 中会議室　　□ 展望レセプションルーム

■ プログラム案　※お申込時点での予定をご記入ください。（未定の場合は「未定」）

テーマ（演題名）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

演 者 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

演者所属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

座 長 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

座長所属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【申込書送付先】

第40回岐阜県病院協会医学会　運営事務局

株式会社コームラ　「第40回岐阜県病院協会医学会」係

TEL：058-229-5858（平日 9：00～17：30）

FAX：058-229-6001　　E-mail：gifu40@kohmura.co.jp

---------- **事務局欄** ----------

受付日		受付番号		備　考	

E-mail:gifu40@kohmura.co.jp ／ FAX:058-229-6001　　申込期限:令和7年6月30日(月)

第40回岐阜県病院協会医学会

付設展示出展申込書

令和　　年　　月　　日

「第40回岐阜県病院協会医学会」に賛同し、下記のとおり付設展示出展を申し込みます。

貴社／団体名　　印

〒

ご住所

ご担当者様氏名：

所属：

TEL：　　FAX：

E-mail：

※ご記入いただいた個人情報の内容については、本学会の連絡以外には使用いたしません。

■　申し込み小間数　　小間　(1小間：幅1.8m×奥行0.9m×高さ2.1m)

■　出展内容（出来るだけ詳細にご記入ください）

【申込書送付先】

第40回岐阜県病院協会医学会　運営事務局

株式会社コームラ　「第40回岐阜県病院協会医学会」係

TEL：058-229-5858（平日 9：00～17：30）

FAX：058-229-6001　　E-mail：gifu40@kohmura.co.jp

---------- **事務局欄** ----------

受付日		受付番号		備　考	

E-mail:gifu40@kohmura.co.jp ／ FAX:058-229-6001　　申込期限:令和7年6月30日(月)

第40回岐阜県病院協会医学会

演題抄録集広告掲載申込書

令和　　年　　月　　日

「第40回岐阜県病院協会医学会」に賛同し、下記のとおり広告掲載を申し込みます。

貴社／団体名　　印

〒

ご住所

ご担当者様氏名：

所属：

TEL：　　FAX：

E-mail：

※ご記入いただいた個人情報の内容については、本学会の連絡以外には使用いたしません。

■ 申込内容※ご希望の広告に✓印をお付けください

□演題抄録集広告（表4　A4　　1頁　カラー　）
□演題抄録集広告（表2　A4　　1頁　カラー　）
□演題抄録集広告（表3　A4　　1頁　カラー　）
□演題抄録集広告（後付 A4　　1頁　モノクロ）
□演題抄録集広告（後付 A4の1/2頁　モノクロ）
□演題抄録集広告（後付 A4の1/3頁　モノクロ）

【申込書送付先】

第40回岐阜県病院協会医学会　運営事務局
株式会社コームラ　「第40回岐阜県病院協会医学会」係
TEL：058-229-5858（平日 9：00～17：30）
FAX：058-229-6001　　E-mail：gifu40@kohmura.co.jp

---------- **事務局欄** ----------

受付日		受付番号		備　考	

E-mail:gifu40@kohmura.co.jp ／ FAX:058-229-6001　　申込期限:令和7年9月30日(火)

第40回岐阜県病院協会医学会

寄付承諾書

令和　　年　　月　　日

第40回岐阜県病院協会医学会
学会長　林　昌俊　様

「第40回岐阜県病院協会医学会」の趣旨に賛同し、以下のとおり寄付することを承諾します。

貴社／団体名　　印

〒

ご住所

ご担当者様氏名：

所属：

TEL：　　FAX：

E-mail：

※ご記入いただいた個人情報の内容については、本学会の連絡以外には使用いたしません。

寄付金額：　　円

送金予定日：　令和　　年　　月　　日頃

【寄附承諾書送付先】
第40回岐阜県病院協会医学会　運営事務局
株式会社コームラ　「第40回岐阜県病院協会医学会」係
TEL：058-229-5858（平日 9：00～17：30）
FAX：058-229-6001　　E-mail：gifu40@kohmura.co.jp

---------- **事務局欄** ----------

受付日		受付番号		備　考	