

注意事項を以下に記載しますので、必ずご一読のうえご申請下さい。

1. 申請時期

後援名義の使用の承諾には本会の理事会承認が必要となります。理事会は概ね2か月に1回開催のため、申請時期により回答までに時間がかかりますのでお早目にご申請下さい。なお、書類に不備がある場合は、更にお時間を要しますのでご留意願います。

2. 申請手続き

(1) 申請書類

指定書式をダウンロードの上、ご提出下さい。

(2) 提出先

下記メールアドレス宛に、ファイルを添付してメールにてご提出下さい。

メールアドレス：office@pt-hokkaido.jp 件名：後援名義使用申請（開催事業名）

※メールでのご提出が難しい場合は、事務局宛にご郵送下さい。

〒060-0003 札幌市中央区北3条西2丁目1 カミヤマビル4階

公益社団法人北海道理学療法士会 事務局宛

(3) 理事会にて審議

(4) 結果を通知

結果はメール添付にて通知いたします。

3. 後援名義の使用を承諾できない場合は以下のとおり

- ・営利を目的とし、特定企業の宣伝等少数者の利益のみを目的とすると認められるとき。
- ・その運営方法が、公正でないと認められるとき。
- ・座談会のように、その対象が極めて限定されたものと認められるとき。
- ・将来的に、理学療法の職域との共存が困難であると認められるとき。
- ・本会会員が経営しない単一企業、あるいは単一医療法人が主催していると認められるとき。
- ・後援を得ることが、本会での広報を目的としていると認められるとき。
- ・その他、本会の目的及び内容に照らし、適当でないと認められるとき。
- ・主たる団体役員（代表、副代表）が理学療法士で非会員のとき。

※上記以外でも、本会の判断で後援をお断りする場合があります。

4. 周知対応について

原則として、広報を目的とした後援名義の使用申請は承認できませんが、後援名義の使用が承諾された事業については、ホームページ掲載もしくは、会員向けメールマガジンでの配信が可能です。希望される場合は、申請書類提出時に「ホームページ掲載又は、メールマガジン配信希望」とメール本文に明記し、事業の案内ホームページ URL や参加申込先 URL、問い合わせ先を併せてお知らせ下さい。なお、ポスター等のデータ添付はできませんのでご了承願います。

《問い合わせ先》

公益社団法人北海道理学療法士会 事務局

〒060-0003 札幌市中央区北3条西2丁目1 カミヤマビル4階

TEL：011-213-0301 E-mail：office@pt-hokkaido.jp

営業時間：平日：8：30～17：00

学会等後援名義使用申請書

令和____年____月____日

公益社団法人北海道理学療法士会
 会長 柿澤 雅史 様

申請団体名_____

申請団体代表者名_____



| | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 学 会 名 等 | ※正式名称（HP・開催概要資料などと相違がないかご確認ください） |
| 開 催 日（ 期 間 ） | 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日（ ）～ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日（ ） |
| 開催の目的（趣旨） 及び開催概要 （主な講演項目や講演者・開催会場等を記載） | 例) 趣 旨：○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○。 会 場：○○病院（札幌中央区北 3 条西 2 丁目 1） 講 師：○○ ○○ ○○クリニック 院長 参加費：無料 内 容 9：00～ 9：30 受付 9：30～11：30 症例検討 11：30～12：30 休憩 12：30～15：00 ディスカッション ※記載欄が足りない場合には、開催概要等の資料を別途添付でも構いません。 |
| 参 集 範 囲 （職種・人員等） | 例) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 ○○ 名 |
| 他 団 体 へ の 後 援 申 請 状 況 | |
| 担 当 者 連 絡 先 （ 回 答 送 付 先 ） | 氏 名： 住 所：〒 電 話： E-mail: |

団体概要：別紙-1 のとおり
 役員名簿：別紙-2 のとおり

《団体概要》

| | | | |
|-------------|------------------|---|----------------------------------|
| 団体設立年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 団体の所在地 | 〒 | | |
| H P ア ド レ ス | ※存在しない場合、「なし」と記載 | | |
| 会 員 数 | 名 ※申請団体の所属の人数 | | |
| 主な会員構成職種 | | | |
| 活 動 実 績 | 年 | 月 | ※過去～直近のものまで |
| | | | ※直近で後援名義使用申請を行った活動実績も記載 ください。 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| そ の 他 | | | |

《役員名簿》

| 役 職 | 氏 名 | 勤 務 先 | 職 種 | 理学療法士会 会員の方は 会員番号を 記載 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  申請団体での役職名 (会長・実行委員長・理事等) | | | 理学療法士、 医師 等 |  理学療法士会会員の方は、 会員番号が必須となります |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

※代表・副代表が、理学療法士で本会会員でない場合は承諾できません。