

2023年2月吉日

関係各位

第3回三重県臨床工学技士会学術集会 開催趣意書

謹啓

時下、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。また日頃より、格別のご理解とご協力を賜り、誠に厚くお礼申し上げます。さてこの度、三重県内の臨床工学技士、及び関係者を主な対象とした三重県臨床工学技士会学術集会を2023年6月25日(日)にハイブリットにて開催をすることを決定致しました。

三重県臨床工学技士会学術集会は毎年、約150名もの参加を頂いております。例年通り、現地会場での開催を目指しておりましたが、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)のための社会生活の制限及び新しい生活スタイルが提唱されていること、今後の感染状況が未だ不透明な部分があることから、三重県臨床工学技士会学術集会は現地と Web のハイブリットで開催することに決定致しました。ハイブリットならではの企画等も現在検討しております。つきましては、医療機器全般はもちろんのこと、患者様のケア用品など、様々な分野からの参加を期待しております。つきましては、諸事ご多端に恐縮で存じますが、本会の開催趣旨にご理解を頂き、格別のご配慮によりご支援、ご協力を賜る事ができれば誠に幸甚に存じます。

また、本会開催にあたり作成いたしますプログラムにつきましては、改めて案内いたしますので、ご高覧賜りますようお願い申し上げます。

謹白

一般社団法人

公益型三重県臨床工学技士会

会長 中村博一

第3回三重県臨床工学技士会学術集会 実行委員一同



学会開催概要

学会名称 : 第3回三重県臨床工学技士会学術集会

開催テーマ : 『 これからの臨床工学技士に求められるもの～タスクシフト・シェア推進～ 』

開催日時 : 2023年6月25日(日) 11:30 ~ 17:40

開催方法 : ハイブリッド開催

ライブ・オンタイム配信:2023年6月25日(日) 11:30 ~ 17:40

主催 : 一般社団法人 共益型三重県臨床工学技士会

参加予定人数 : 150名

対象 : 主に三重県の医療従事者・医療関係者・養成校学生及びその他

事務局 : 一般社団法人 共益型三重県臨床工学技士会事務局

住所 〒514-0043 三重県津市南新町17-22

特定医療法人 同心会 遠山病院透析室内

TEL 059-227-6171(代)

URL <http://www.miece.jp/> Eメール info@miece.jp

プログラム(予定) : 基調講演、一般演題、シンポジウムなど

第3回 三重県臨床工学技士会学術集会予算案(別紙)

第3回三重県臨床工学技士会学術集会テキスト広告および協賛金のご案内

第3三重県臨床工学技士会学術集会テキスト(Web(ダウンロード))広告を掲載いたします。

1. テキスト(Web(ダウンロード))広告要項

- 広告対象 : 医療機器・消耗品・検査機器・医療情報機器・製剤他企業様
- 広告サイズ : A4サイズ
- 掲載期間 : プログラム完成から大会終了まで(掲載場所は主催者へご一任下さい。)
- 掲載料 : 30,000円
- 申し込み方法 : 趣意にご賛同賜り、テキスト(Web(ダウンロード))広告のご協力頂けます場合は、別紙の申込用紙もしくはホームページよりダウンロードし、必要事項をご記入の上、下記までご連絡ください(Emailの場合はPDF化してください)。お申し込み確認後、請求書を送付致しますので、期日までに指定の口座に、所定の金額をお振込みくださいますようお願い申し上げます。
- 申し込み期間 : 2023年3月1日 ~ 2023年5月31日

2. 協賛金要項

- 協賛金目標 : 50,000円(一口1万円より申し込みを受け付けます)

広告・協賛金の受付

2023年6月1日までに下記担当者まで郵送または Email にてご連絡下さい。

郵送・連絡先 : 〒514-8507 三重県津市江戸橋2丁目174

三重大学医学部附属病院 佐生 喬

TEL :059-232-1111

Email :sasou.takashi@gmail.com (広告は PDF にて受付可能)

Email の場合は、件名に「第3回 三重県臨床工学技士会学術集会テキスト広告」と入れてください。

第3回 三重県臨床工学技士会学術集会

テキスト広告、協賛申込書

| | |
|-------------------------|---|
| 申し込み年月日 | 年 月 日 |
| 貴社名 | |
| ご担当者名 | 印 |
| ご担当者所属 | |
| ご連絡先 | 〒 : 住所 : TEL : FAX : E-mail: |
| テキスト広告 | <input type="checkbox"/> ¥30,000(本文 A4サイズ) <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 病院持参 |
| 協賛 | <input type="checkbox"/> ¥ 0,000(<input type="checkbox"/>) (¥10,000(1 <input type="checkbox"/>)) |
| その他、ご要望がございましたら、ご記入下さい。 | |

第3回三重県臨床工学技士会学術集会

共催セミナー、企業及び医工連携関連企業PR動画配信のご案内

第3三重県臨床工学技士会学術集会で企業及び医工連携企業PR動画配信をいたします。共催学術セミナーにつきましては、限りがございますのでお早めにお申込みをお願いいたします。企業及び医工連携関連企業PR動画配信については、自社で作成頂いたPR動画を会場とWEBで配信致します。

1. 共催セミナー要領

- 広告対象 : 医療機器・消耗品・検査機器・医療情報機器・製剤他企業様
- 共催学術セミナー日時 : 2023年6月25日(日)
- 共催金額 : 50,000円
- 開催形態 : 共催セミナーは、第3回三重県臨床工学技士会学術集会と各社の共催と致します。
- 申し込み方法 : 趣意にご賛同賜り、共催セミナーのご協力頂けます場合は、別紙の申込用紙もしくはホームページよりダウンロードし、必要事項をご記入の上、下記までご連絡ください(Emailの場合はPDF化してください)。お申し込み確認後、請求書を送付致しますので、期日までに指定の口座に、所定の金額をお振込みくださいますようお願い申し上げます。
- 申し込み期間 : 2023年3月1日 ~ 2023年5月31日
- 開催までの流れについて : ポスターを作成される際は、原稿は事前に大会担当者の了解を得ることとし、ポスターには製品名などの宣伝は入れないようにお願い致します。ポスターは大会ホームページへ掲載が可能です。セミナーのタイトル、座長、演者の決定は各社が行い、大会担当者へご連絡下さい。また、そのために必要な打合せ等の経費は各社にてご負担をお願い致します。セミナーのプログラムは、2023年6月1日までに大会担当者へご連絡下さい。抄録は抄録集に掲載致します。入稿については大会担当者より案内致します。

2. 企業及び医工連携関連企業 PR 動画配信要項

- 申込み資格 : 企業及び医工連携関連企業様
- 配信日程 : 2023年6月25日(日)
- PR方法 : 自社で作成頂いたPR映像をWEB配信致します。
- 掲載料 : 企業 30,000円
医工連携関連企業 20,000円
- 申し込み方法 : 趣意にご賛同賜り、医工連携関連企業PR動画配信のご協力頂けます場合は、別紙の申込用紙もしくはホームページよりダウンロードし、必要事項をご記入の上、下記までご連絡ください(Emailの場合はPDF化してください)。お申し込み確認後、請求書を送付致しますので、期日までに指定の口座に、所定の金額をお振込みくださいますようお願い申し上げます。
- 申し込み期間 : 2023年3月1日 ~ 2023年5月31日

共催セミナー・PR 動画配信の受付

共催学術セミナーおよび PR 動画配信は2023年6月1日までに下記担当者まで郵送または Email にてご連絡下さい。

郵送・連絡先 : 〒514-8507 三重県津市江戸橋2丁目174

三重大学医学部附属病院 佐生 喬

TEL :059-232-1111

Email :sasou.takashi@gmail.com (広告は PDF にて受付可能)

Email の場合は、件名に「第3回 三重県臨床工学技士会学術集会共催セミナー、PR 動画」と入れてください。

第3三重県臨床工学技士会学術集会

共催セミナー、企業及び医工連携企業 PR 動画配信申込書

| | |
|-------------------------|---|
| 申し込み年月日 | 年 月 日 |
| 貴社名 | |
| ご担当者名 | 印 |
| ご担当者所属 | |
| ご連絡先 | 〒 : 住所 : TEL : FAX : E-mail: |
| 共催セミナー | <input type="checkbox"/> ¥50,000 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 病院持参 |
| PR 動画配信 | <input type="checkbox"/> 企業 ¥30,000 <input type="checkbox"/> 医工連携関連企業 ¥20,000 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 病院持参 |
| その他、ご要望がございましたら、ご記入下さい。 | |