

2021年4月1日

賛助会員、賛助団体各社御中

公益社団法人北海道臨床工学技士会

会長 大宮



会誌広告掲載依頼について

拝啓 貴社におかれましては、ますますご発展のこととお慶び申し上げます。

日頃より本会に対しまして、多大なるご理解とご協力を頂き誠にありがとうございます。

さて、このたび公益社団法人北海道臨床工学技士会の会誌31号を発行することになりました。つきましては、同封の本会広告取扱規程に従い広告掲載を募集いたしますので、何卒ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

発行日 2021年9月を予定
発行部数 1,600部
作成費用 800,000円
募集数 20社（1ページ10社、半ページ10社）
掲載サイズ A4版
申し込み締切 2021年5月30日（必着）
広告料 1項 20,000円
半項 15,000円
1ページ目、最終ページのみ 30,000円
申し込み先 市立旭川病院 臨床工学室 澤崎 史明 宛
〒070-8610 北海道旭川市金星町1丁目1-65
Tel 0166-24-3181

email f_sawasaki@city.asahikawa.hokkaido.jp

※申し込み用紙は、メールにて上記アドレスに送信か郵送にて申してください。

受け付けましたら事務局より請求書を送らせていただきます。

広告費振込先 口座名義 公益社団法人 北海道臨床工学技士会
● ゆうちょ銀行振替口座 二七九店 02760-8-4815
● 北洋銀行 石山通支店 478 普通貯金 3612723
上記の何れかの口座とする。

※本会にて印刷を希望される場合は、A4版の原画またはフィルムを申込先にお送りください。尚、本会印刷におけるカラー印刷は出来ませんので、白黒のみとなります。

※また、印刷用版下に関しましてpdfデータにて用意頂けると準備の都合上非常に助かります。データにて用意できる場合は、宜しく願いいたします。

以上

公益社団法人北海道臨床工学技士会 会誌広告取扱規程

- 第1条 本会は、この度公益社団法人北海道臨床工学技士会会誌をA4版の体裁をもって発行し、記事、会報等主要な内容として掲載し、それに掲載する広告は、この広告取扱規程による。
- 第2条 広告掲載申込の資格は、本会会員に限る。ただし会員以外からの広告掲載申込があった場合は、担当委員会の審査により採否を決定する。
- 第3条 広告掲載料は、1項につき下記の通りとする。なお広告掲載に要する諸製及び版料は、すべて広告主が実費負担とする。
- | | |
|----|---------|
| 1頁 | 20,000円 |
| 半頁 | 15,000円 |
- ただし、1頁目及び最終頁のみ1頁30,000円とする。
- 第4条 広告掲載申込は指定する期日までに別紙の申込用紙にて申込こと。なお電話または口頭による申込は正式の申込として扱わない。
- 第5条 広告掲載の採否は、担当委員会により決定する。
- 第6条 1. 広告掲載申込者が多数有って掲載頁の限度を超える場合は、各社公平に掲載することとし、2頁以上の申込を受け付けないことがある。
2. 綴じ込み（持ち込み用紙の綴じ込み）広告は、1社1枚限りとする。申込多数の場合は抽選により掲載社を決定する。なお綴じ込みの用紙については次の規程の通りとする。
- (イ) 綴じ込み用紙はA4版の大きさのものとする。
- (ロ) 会誌の発行部数と同じ枚数を指定の場所に持ち込むこと。
- (ハ) 本会では、綴じ込み広告の印刷は引き受けない。
- (ニ) 綴じ込みの位置を指定することは出来ない。
- 第7条 広告原稿の締切は、指定する期日までとする。なお、広告原稿はすべて作成済製版とし組版を必要とする生原稿は、原則として受け付けない。
- 第8条 広告の申込を受けても、その広告が会誌及び記念誌の権威と体裁を著しく害するものとみられる場合は、担当委員会の決定により、その広告の掲載を拒否または、広告原稿の修正を求めることがある。
- 第9条 広告掲載位置は、広告主の公平を期すため、後付けより順繰りに組み込み、後付けより前付けへ移動循環する。したがって広告主は、掲載位置については担当委員会に一任し、位置の指定をすることができない。
- 第10条 広告掲載料の支払期限は発行月末までとする。
- 第11条 広告代理店が、この会誌の広告業務を代行する場合、代理店に対する取扱手数料として、広告料金の2割を限度として支払うことができる。広告代理店は、その代行した広告主の広告料金を、発行月の翌月末日までに支払わなければならない。
- 付則 本規程は2004年11月より実施する。

公益社団法人北海道臨床工学技士会

会誌広告掲載申込用紙

____年 ____月 ____日

申込者 _____

部 課 _____

担当者 _____

住 所 _____

E-mail _____

連絡先 tel _____

広告品目 _____

広告方法（○印をお付け下さい）

a) 1. 半頁 2. 1頁 3. 1ページ目 4. 最終ページ

その他（場所指定等がありましたらお書き下さい）

以上、公益社団法人北海道臨床工学技士会会誌の広告の申込を致します。

申し込み先 市立旭川病院 臨床工学室 澤崎 史明 宛
〒070-8610 北海道旭川市金星町1丁目1-65
Tel 0166-24-3181
email f_sawasaki@city.asahikawa.hokkaido.jp