

公益社団法人 大阪精神科診療所協会

趣意書・募集要項

令和3年度

- 寄附金
- 各種広告掲載

ご挨拶

公益社団法人大阪精神科診療所協会

会長 堤 俊仁

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より(公社)大阪精神科診療所協会の公益活動、学術活動にご理解ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本協会は精神神経科の医療及び医業の向上発展を目的として昭和45年に設立、平成11年に社団法人、平成24年には公益社団法人となり、主に大阪府内の精神科診療所の管理医師により組織されている団体です。会員数は300名を数え、大阪府下約270の精神科診療所が本会の所属となっております。全国各地域の精神科診療所協会の中でも長い歴史を持つ協会として、社会の多くの分野で貢献してこられましたのも、ひとえに関係業界様の絶大なるご支援とご協力の賜物であり、ここに深く感謝の意を申し上げます。

本会では地域精神医療保健に関わる各種の公益目的事業活動を行い、今後も協会のさらなる充実を実現するため、各方面のご協力を賜り運営に鋭意努力しているところです。運営に係る経費は本来、会員の会費のみ賄われるべきではございますが、何分にも昨今の厳しい情勢下にありますは不十分であるのが実状であります。つきましては、時節柄、費用多端の折誠に恐縮ではございますが、本協会の事業を円滑に運ぶうえで、是非とも貴社のご支援、ご協力を賜りたく、ご検討をお願い申し上げます。

また私どもは現在、機関誌その他協会発刊文書やウェブサイトによる広報活動に取り組んでおります。活動趣旨にご理解を頂き、協賛支援頂くことを通じて社会への貢献を行おうとされる企業様が、株主・従業員・顧客等へ、CSRへの取り組み姿勢をお示しになる一手段としてご活用頂くため、本協会のウェブサイトや機関誌等の媒体への協賛支援広告を募集しております。何卒よろしくお取り計らい下さいますようお願い申し上げます。

末筆ながら、貴社のより一層の御発展を祈念申し上げます。

謹白

令和3年9月吉日

寄附金 募金要項

本協会は診療所精神科医療の治療技術の向上とその普遍化をはかり、地域精神保健・医療・福祉における精神科診療所のあり方を検討していくための諸活動として、毎月定例会を開催し、会員の資質向上及び研鑽を目指してさまざまな事業活動を行っております。運営に関する経費は本来、会員の会費で賄われるべきではありますが、本協会の事業を充実させ、その成果をより大なるものとするためには、各方面からのご支援を仰がざるを得ないのが実情です。本協会の主旨にご賛同頂き、あわせて諸般の事情をお汲み取りいただき、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。

■募金の名称

公益社団法人大阪精神科診療所協会 令和3年度事業に対する寄附

■募金の目的

(公社)大阪精神科診療所協会の創立50年記念事業を通じて、地域精神保健・医療・福祉への更なる貢献を果たすことを目的とする

■募金目標額

390万円

■募金期間

令和3年4月1日～令和4年3月31日

■寄附金の使途

(公社)大阪精神科診療所協会の年間事業費(公益事業)に充当

■事務局

公益社団法人大阪精神科診療所協会
〒543-0018 大阪市天王寺区空清町8-33 大阪府医師協同組合東館3F
TEL: 06-6763-5912 FAX: 06-6763-5913 E-mail: diseisin@x.age.ne.jp
担当: 篠木章江

■寄附金お申込・お振込方法

「寄附申込書」を本協会宛FAX・郵送またはe-mailにて事務局までお申込みください。寄附金のお振込みは以下の口座にお願い致します。

〈振込口座〉

三菱UFJ銀行 玉造支店(店番007)

普通預金 0,055,674

シャ)オサカセインカシリョウシキョウカイ カイョウ ツツミシト

公益社団法人 大阪精神科診療所協会 会長 堤 俊仁

■情報公開について

医療機関及び医療関係者と企業活動との透明性ガイドライン指針に基づき、抛出いただきました寄附金につきまして、各社が公表することに同意いたします。

■寄附金に対する税制上の優遇措置

当法人は公益社団法人の認定を受け、平成24年4月1日より「公益社団法人 大阪精神科診療所協会」に移行いたしました。これに伴い、本協会へのご寄附は、所得税、法人税の寄附金控除の対象となります。(特定公益増進法人の主たる目的である業務に関連する所得税法第78条第2項第3号又は法人税法第37条第4項に規定する寄附金)

なお、優遇措置を受けるには当法人が発行する領収書が必要となります。

協会誌広告 募集要項

毎年3月に発行します「大阪精神科診療所協会誌」は、年間の事業内容、事業報告、会員の活動状況、診療所紹介、学術原稿など大精診の広報、学術を掲載しています。本協会の会員以外に日精診の各地区協会、友好の精神病院、自治体病院、保健所、各行政機関をはじめ、多方面に配布しています。広報メディアとしては有効に利用されており、広告媒体としても有用であると存じます。ご趣旨ご理解の上、広告掲載いただきますようお願い申し上げます。

■ 媒体名 公益社団法人大阪精神科診療所協会誌 46号

■ 規格と部数 B5判/1,000部(予定)

■ 配布対象者 会員、他 精神保健福祉関係機関

■ 制作費 編集印刷費 1,200,000円

■ 依頼社数 約20社

■ 広告料

掲載頁	広告料(税込)	サイズ	募集数
後付モノクロ1頁	¥33,000.-	縦220mm×横150mm程度	10社
後付モノクロ1/2頁	¥22,000.-	縦102mm×横150mm程度	10社

■ 広告入稿形態等

- ・完全版下、またはイラストレータなどのデータ(解像度350dpi以上)にて事務局まで、宅配便またはメール添付にてご送付ください(当方では版下の作成はいたしません)。
- ・データ入稿の場合はフォントのアウトラインをかけ、仕様サイズの100%でご作成ください。
- ・刷り見本を1部ご支給ください。
- ・版下原稿は、3月の下旬頃にご返却いたします。

■ 申込方法・期限

別紙「協会誌広告掲載申込書」に必要事項を記入の上、事務局までお申し込みください。

申込締切：令和4年1月31日(月)

広告版下締切：令和4年2月15日(火) 必着

■ 広告掲載頁決定

- (1) 各広告掲載のページ割等は、申込締切後に本協会にて決定いたします。
- (2) 申込社が本協会の許可無くスペースの全部または一部を第三者に譲渡・貸与もしくは申込社同士において交換することはできません。

■ 広告掲載料のお支払い

広告掲載料は、下記指定の銀行口座にお振込みください。

※ご請求書が必要な場合は事務局宛ご連絡をお願い致します。

<振込口座>

三菱UFJ銀行 玉造支店(店番007)

普通預金 0,055,674

シャ)オサカセインカシリョウシキョウカイ カイヨウ ツツミシト

公益社団法人 大阪精神科診療所協会 会長 堤 俊仁

振込期限：令和4年2月28日(月)

■ お申し込み・お問い合わせ先

公益社団法人大阪精神科診療所協会 事務局

〒543-0018 大阪市天王寺区空清町8-33 大阪府医師協同組合東館3F

TEL：06-6763-5912 FAX：06-6763-5913 E-mail:diseisin@x.age.ne.jp

担当：篠木章江

ホームページバナー広告 募集要項

本協会ホームページ上に貴社製品・サービス等情報のバナー広告を掲載いただけます。是非、ご活用いただけましたら幸いです。なお本広告により、本協会が当該企業の商品を推奨するものではなく販売促進等営業に加担するものではないことを申し添えます。

- 募集内容 (公社) 大阪精神科診療所協会が運営するホームページへのバナー広告掲載
- 媒体URL <https://daiseishin.org/>
- 閲覧対象 国内の医療従事者、一般市民
- 主要コンテンツ 地域精神科医療及び保健福祉関連の各種情報
(医療従事者向け情報ページ、一般市民向け情報ページ、当会会員向けページ、大阪府内会員精神科診療所一覧 等)
- 募集数 複数枠

■ 掲載期間および広告料 (1か所につき)

掲載期間	広告料 (税込)
1ヶ月掲載	¥ 11,000.-
3ヶ月掲載	¥ 33,000.-
6ヶ月掲載	¥ 55,000.-
1年 掲載	¥110,000.-

■ 広告入稿形式

- ・商像：静止画像
- ・大きさ：縦 60ピクセル×横 234ピクセル
- ・画像形式：jpeg、png、gif (当方では画像の作成はいたしません)
- ・データ容量：1 件 100KB 以下
- ・その他の制限など：リンクに対するスクリプトの埋め込みは不可

■ 申込方法

別紙「ホームページバナー広告掲載申込書」に必要事項を記入の上、事務局までお申し込み下さい。

■ 広告掲載の決定

- (1) 掲載場所および掲載開始日は本協会にて審査の上、決定いたします。
- (2) 申込社が本協会の許可無くスペースの全部または一部を第三者に譲渡・貸与もしくは申込社同士において交換することはできません。

■ 広告掲載料のお支払い

広告掲載料は、下記指定の銀行口座にお振込みください。

※ご請求書が必要な場合は事務局宛ご連絡をお願い致します。

<振込口座>

三菱UFJ銀行 玉造支店 (店番007)

普通預金 0,055,674

シャオサカセインカンシヨウシヨキョウカイ カイヨウ ツツミシト

公益社団法人 大阪精神科診療所協会 会長 堤 俊仁

振込期限： 掲載開始日の7日前まで

■ お申し込み・お問い合わせ先

公益社団法人大阪精神科診療所協会 事務局

〒543-0018 大阪市天王寺区空清町8-33 大阪府医師協同組合東館3F

TEL：06-6763-5912 FAX：06-6763-5913 E-mail:diseisin@x.age.ne.jp

担当：篠木章江

申込先:大阪精神科診療所協会 事務局

FAX : 06-6763-5913

e-mail : diseisin@x.age.ne.jp

申込期限 : 令和4年3月31日 (木)

公益社団法人大阪精神科診療所協会
令和3年度事業に対する寄附

寄附 申込書

公益社団法人大阪精神科診療所協会
会長 堤 俊仁 殿

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

趣旨に賛同し、下記の通り寄附を申込みます。

申込金額	千	百	十	万	千	百	十	円

払込予定日	年	月	日
-------	---	---	---

会社名 団体名	フリガナ		
代表者 役職・芳名	フリガナ		
所在地	〒 ー		
ご担当者 (領収書送付先)	ご担当者部署名		
	ご担当者名 (フリガナ)		
	TEL	FAX	
	E-mail		

- ・住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください。
- ・ご記入いただいた個人情報の内容につきましては本事業の連絡並びに各種ご案内以外には使用いたしません。

通信欄			
事務局欄	受付日 :	受付番号 :	備考 :

申込先:大阪精神科診療所協会 事務局 FAX : 06-6763-5913
e-mail : diseisin@x.age.ne.jp

申込期限 : 令和4年1月31日 (月)

公益社団法人 大阪精神科診療所協会

協会誌広告掲載申込書

公益社団法人大阪精神科診療所協会
会長 堤 俊仁 殿

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

協会誌広告掲載を希望し、下記の通り申込みます。

※該当タイプにレ印をご記入ください。

申込内容 (サイズ)	<input type="checkbox"/> 後付 モノクロ 1 頁 <input type="checkbox"/> 後付 モノクロ 1/2 頁
入稿形式	<input type="checkbox"/> CD-R等 <input type="checkbox"/> データ (メール添付) <input type="checkbox"/> その他 []
入稿予定日	年 月 日
掲載料振込予定日	年 月 日

会社名 団体名	フリガナ		
住 所	〒 ー		
ご担当者	ご担当者部署名		
	ご担当者名 (フリガナ)		
	TEL	FAX	
	E-mail		
ご請求先 ※	※上記と請求先が異なる場合や他社との共催などある場合はご記入ください。		

- ・住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください。
- ・ご記入いただいた個人情報の内容につきましては本協会の連絡並びに各種ご案内以外には使用いたしません。

通信欄

事務局欄 受付日 : 受付番号 : 備考 :

公益社団法人 大阪精神科診療所協会
メール広告（情報提供有料サービス）申込書

公益社団法人大阪精神科診療所協会
会長 堤 俊仁 殿

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

メール広告（情報提供有料サービス）の趣旨に賛同し、下記の通り申込みます。

媒体内容 (業種・事業内容等)	(※資料に代えることができます)		
添付ファイル	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
配信希望日程	年	月	日

会社名 団体名	フリガナ		
住 所	〒		
ご担当者	ご担当者部署名		
	ご担当者名 (フリガナ)		
	TEL	FAX	
	E-mail		
ご請求先 ※	※上記と請求先が異なる場合や他社との共催などある場合はご記入ください。		

- ・住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください。
- ・ご記入いただいた個人情報の内容につきましては本協会の連絡並びに各種ご案内以外には使用いたしません。

通信欄

事務局欄 受付日： 受付番号： 備考：

申込先:大阪精神科診療所協会 事務局

FAX : 06-6763-5913

e-mail : diseisin@x.age.ne.jp

公益社団法人 大阪精神科診療所協会

ホームページバナー広告掲載申込書

公益社団法人大阪精神科診療所協会
会長 堤 俊仁 殿

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

ホームページバナー広告掲載を希望し、下記の通り申込みます。

掲載期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 1年
掲載希望場所	<input type="checkbox"/> トップページ <input type="checkbox"/> 医療従事者向けイベントページ <input type="checkbox"/> 一般市民向けイベントページ <input type="checkbox"/> 会員向けトップページ

リンク先アドレス	
内容 (業種・事業内容等)	(※資料に代えることができます)

会社名 団体名	フリガナ		
住所	〒 -		
ご担当者	ご担当者部署名		
	ご担当者名 (フリガナ)		
	TEL	FAX	
	E-mail		
ご請求先 ※	※上記と請求先が異なる場合や他社との共催などある場合はご記入ください。		

- ・住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください。
- ・ご記入いただいた個人情報内容につきましては本協会の連絡並びに各種ご案内以外には使用いたしません。

通信欄			
事務局欄	受付日 :	受付番号 :	備考 :