

第3回日本フットケア・足病医学会  
関東・甲信越地方会

趣 意 書

会 長 高山かおる

済生会川口総合病院皮膚科 部長  
足育研究会 代表

## 目次

ご挨拶	1
開催概要	2
情報公開への同意について	3
寄付金募集要項	4
共催セミナー募集要項	5
企業展示募集要項	7
広告掲載募集要項	9
収支予算書	10

寄付金申込書

共催セミナー申込書

企業展示出展申込書

広告掲載申込書

## ご挨拶

時下、貴社におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度、第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会を2024年4月28日（日）に、「SWGs (SUSTAINABLE WALKABLE GOALS)」をメインテーマにソニックシティ（さいたま市）にて開催させて頂くことになり、有意義な学会運営を目指し、事務局一同鋭意準備を進めております。

日本フットケア・足病医学会は下肢救済および足病治療・ケアに関わる医療関係者等が集結して、教育、研究、技術の向上や標準化を図り、当該分野における医療・ケアを確立し、これを普及させることにより、患者の生活の質（Quality of Life）を向上させ、予後を改善することを目的とし、2019年に一般社団法人日本フットケア学会と一般社団法人日本下肢救済・足病学会が合併し、設立されました。関東・甲信越地方会は2021年に設立され、2022年に第1回の学術集会を開催し、今回が3回目の開催となります。

本会が、実り多く、会員の皆様にとりまして有意義なものとなりますよう、目下鋭意その準備を進めておりますが、本会の開催費用の全てを会員の参加費と若干の準備金でまかなうことは困難であり、大変苦慮しているところでございます。

つきましては、本会の趣旨をご理解頂きまして、ご支援とご協力を賜りますようお願い申し上げます。甚だ厳しい社会情勢の中、誠に恐縮ではございますが、何卒ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

末筆ながら、貴社の益々のご繁栄をご祈念申し上げます。

2023年9月吉日

第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会

会長 高山なほる

済生会川口総合病院皮膚科 部長

足育研究会 代表



## 開催概要

1. 名 称 第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
2. 開催テーマ SWGs (SUSTAINABLE WALKABLE GOALS)
3. 会 長 高山かおる (済生会川口総合病院皮膚科 部長/足育研究会 代表)  
副会長 松岡 美木 (埼玉医科大学病院褥瘡対策管理室 看護師長)  
寺部 雄太 (春日部中央総合病院下肢救済センター 副センター長)
4. 会 期 2024年4月28日(日)
5. 会 場 ソニックシティ  
〒330-8669 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目7-5  
(後日、オンデマンド配信)
6. 学会概要 (1) 参加予定数 約1,000名  
(2) プログラム  
会長講演  
特別講演  
教育講演  
シンポジウム  
ランチョンセミナー  
一般演題 他
7. 学会の目的 下肢救済および足病治療・ケアに関わる医療関係者等が集結して、教育、研究、技術の向上や標準化を図り、当該分野における医療・ケアを確立し、これを普及させることにより、患者の生活の質 (Quality of Life) を向上させ、予後を改善することを目的とする。
8. 事務局 済生会川口総合病院皮膚科  
〒332-8558 埼玉県川口市西川口 5-11-15
9. 運営事務局 株式会社コンベンションフィールド  
〒101-0043 東京都千代田区神田富山町21 神田FKビル6階  
TEL : 03-6381-1957 FAX : 03-6381-1958  
E-mail : jfcpmkanto3@conf.co.jp

## 情報公開への同意について

本会における貴社からの拠出金額、物品寄付等について、企業活動と医療機関等との関係の透明性を確保するため、日本製薬工業協会、日本医療機器産業連合会等の団体および貴社の定める指針に従い、ウェブサイト等を通じた情報公開に同意します。

なお、別途同意書への押印・サインは控えさせていただきますので、予めご了承ください。

### 記

会 名：第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会  
公開する情報：会の名称および、協賛の内容とその費用など

以上

2023年9月

第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会  
会長 高山かおる  
済生会川口総合病院皮膚科 部長  
足育研究会 代表

## 寄付金募集要項

1. 募金の名称 第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
2. 募金責任者 高山かおる
3. 募金目標額 50万円
4. 募金期間 2023年8月1日～2024年4月27日
5. 募金目的 第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会及びその関連諸行事の費用に充てるため
6. 寄付申込書の送付先  
第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会 運営事務局  
株式会社コンベンションフィールド  
〒101-0043 東京都千代田区神田富山町21 神田FKビル6階  
TEL：03-6381-1957 FAX：03-6381-1958  
E-mail：jfcpmkanto3@conf.co.jp
7. 寄付金の納入先  
銀行名：三菱UFJ銀行  
支店名：駒込支店（店番061）  
口座番号：普通預金 0616425  
ダイサンカイニホンフットケアアシビョウカイ カイカントウコウシエツチホウカイ タヤマカオル  
口座名義：第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会 代表 高山かおる

## 共催セミナー募集要項

1. 会 期 2024年4月28日（日）

2. 会 場 ソニックシティ

〒330-8669 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目7-5

会場名	施設名	収容数
第1会場	市民ホール 401+402+403	300席
第2会場	906会議室	100席
第3会場	602会議室	90席
第4会場	603会議室	90席

3. 会 長 高山かおる（済生会川口総合病院皮膚科 部長／足育研究会 代表）

4. 予定参加者数 約1,000名

5. 開 催 日

ランチョンセミナー：2024年4月28日（日） 昼60分

教 育 講 演：2024年4月28日（日） 40分

シンポジウム：2024年4月28日（日） 60分

6. 共催について

第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会との共催とさせていただきます。

7. 費用のご負担について：

共催金は下記の通りです。ランチョンセミナーは会場の座席数に応じて飲食代のご負担をお願いいたします。なお、共催金には、会場費、マイク等の付帯設備費、液晶プロジェクター等の機材費、控室は含まれますが、座長・講師への謝礼、旅費は共催社へ一任させていただきます。また、収録や同時通訳などの追加機材費は、実費にて別途ご手配頂くか、運営事務局にお申し付けください。

会場	日時・セッション		
	2024年4月28日（日）		
セミナー名	ランチョン セミナー	教育講演	シンポジウム
第1会場	1,100,000円	660,000円	990,000円
第2会場	880,000円	550,000円	770,000円
第3会場	770,000円	-	660,000円
第4会場	770,000円	-	-

（税込）

## 8. お申込みについて

希望の日時と会場名を、第一から第三希望まで申込用紙にご記入頂き、下記運営事務局までEメール添付またはFAXでお申し込みください。複数のお申し込みがある場合は事務局と協議の上決定いたします。

プログラム作成の都合上、勝手ではございますが、2023年10月31日（火）までにお申し込みください。

## 9. キャンセルについて

- ・申込書提出後の取り消しは、原則としてお受けいたしかねます。  
やむを得ない理由で取り消しを希望される場合は、文書にて事情をご説明の上、主催者の了承を受けてください。
- ・やむを得ない事情により、会期・会場の変更やWebを用いたオンライン学会大会への移行、または開催を中止する場合があります。中止の場合、共催費はそれまでに要した主催者側の費用を下記の規定に則りお支払いいただきます。予めご了承ください。

なお、共催社側でそれまでに要した費用は、共催社にてご負担いただくこととなります。

① 2024年3月28日まで：共催費の50%

② 2024年3月29日以降：共催費の80%

## 10. お申込み、連絡先

第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会 運営事務局  
株式会社コンベンションフィールド

〒101-0043 東京都千代田区神田富山町21 神田FKビル6階

TEL：03-6381-1957 FAX：03-6381-1958

E-mail：jfcpmkanto3@conf.co.jp

## 企業展示募集要項

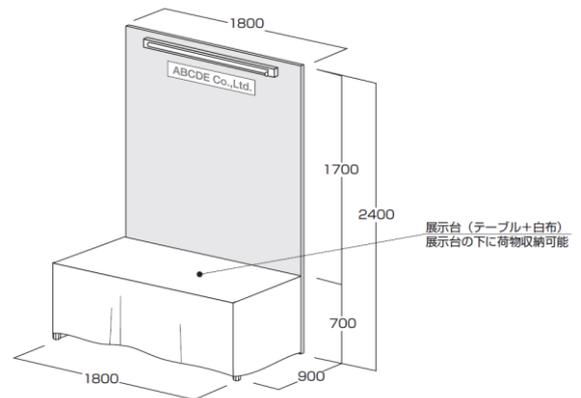
1. 主催 第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会
2. 展示会場 ソニックシティ
3. 展示会日程 2024年4月28日(日)
4. 予定参加者 約1,000名
5. 出展料 基礎小間：165,000円(税込・サイズ W1800mm×D900m×H2400m)  
書籍：売上の5%(希望される機の本数をお知らせください)

〈基礎小間略図〉

- 1) バックパネル(加工紙：白)
- 2) 展示台(クロス付)
- 3) 社名板(書体：ゴシック、墨文字)
- 4) 蛍光灯

※1)～4)は展示会事務局で設置します。

出展申込書に必要な物を明記してください。



6. 申込方法 別紙企業展示出展申込書に必要事項をご記入の上、下記までEメール添付またはFAXでご提出ください。確認後請求書をお送り致しますので、出展料を指定口座にお振込みください。出展申込み締切は、2024年1月31日(水)ですが、定数になり次第締切させていただきます。出展をご希望の際は、お早めにお申込みください。

### 7. お申込み、連絡先

第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会 運営事務局  
株式会社コンベンションフィールド  
〒101-0043 東京都千代田区神田富山町21 神田FKビル6階  
TEL：03-6381-1957 FAX：03-6381-1958  
E-mail：jfcpmkanto3@conf.co.jp

8. 電気工事 電気幹線工事・電気使用料は下記の料金により出展社の負担になります。  
◇100V:500Wまで16,500円。501W以上は500Wあたり13,200円増しになります。

9. 特別装飾 出展社の費用で施工してください。展示設計は自由ですが、展示上の構造や設備、主催者規制、消防法の規制などがありますので、展示会事務局までお問い合わせください。

10. 小間割 展示申込を受付後、出品の種類、形状、ブース等を考慮の上、主催者で小間割を決定します。出展社の説明会は、行いませんのでご了承ください。

11. 出展物の管理

各出展物の管理は出展社が持つものとし、展示期間中の出展物の盗難・紛失・災害等の損害に対して、補償等の責任は一切負いませんのでご了承ください。

12. 薬事法未承認品の展示に付いて

展示会事務局までお問い合わせください。

13. その他

本学会による展示実績を商品の宣伝広告に用いることは、お控えください。また、出展物の内容によっては、出展をご辞退いただく場合もありますので、ご了承ください。

14. キャンセルについて

- ・申込書提出後の取り消しは、原則としてお受けいたしかねます。  
やむを得ない理由で取り消しを希望される場合は、書面でその旨をお申し出いただき、主催者の了承を得てください。
- ・やむを得ず、会期・会場の変更、完全 Web 開催へ移行する場合があります。  
なお、開催中止となった場合は、すでに発生した経費について下記の通りお支払いいただきます。
  - ① 2024年3月28日まで：出展料の50%
  - ② 2024年3月29日以降：出展料の80%

## 広告掲載募集要項

1. 会 期 2024年4月28日(日)
2. 参加予定数 約1,000名
3. 会 場 ソニックシティ  
〒330-8669 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目7-5
4. 事務局 済生会川口総合病院皮膚科  
〒332-8558 埼玉県川口市西川口5-11-5
  
5. 判 型 A4版
6. 発行部数 1,500部
7. 配布対象 会員、参加者 他
8. 掲載料金 表2 143,000円(1口)  
表3 110,000円(1口)  
表4 165,000円(1口/カラー可)  
後付1頁 110,000円(5口)  
後付1/2頁 66,000円(5口)

税込

9. 制作費 2,000,000円
10. 広告料目標金額 1,298,000円
11. 広告原稿 電子媒体(CD-ROM、DVD-ROM、E-MAIL添付)モノクロ
12. 申込締切日 2024年1月31日(水)

### 13. 掲載料金振込先

銀行名：三菱UFJ銀行

支店名：駒込支店(店番061)

口座番号：普通預金 0616425

ダイサンカイニホフツケアアシビョウカイカクイソトウコウシエツホウカイ タカヤマカオル

口座名義：第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会代表 高山ゆおる

### 14. キャンセルについて

申込書提出後の取り消しは、原則としてお受けいたしかねます。

やむを得ない理由で取り消しを希望される場合は、文書にて事情をご説明の上、主催者の了承を受けてください。

15. お申込み、連絡先 第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会 運営事務局  
株式会社コンベンションフィールド  
〒101-0043 東京都千代田区神田富山町21 神田FKビル6階  
TEL：03-6381-1957 FAX：03-6381-1958  
E-mail：jfcpmkanto3@conf.co.jp

## 収支予算書

### 「収入の部」

項 目	金額 (円)	
参加費：前期登録	5,735,000	
会員：医師		@ 9,000 × 100 名
会員：メディカルスタッフ、セラピスト		@ 5,000 × 750 名
非会員：医師		@ 10,000 × 20 名
非会員：メディカルスタッフ、セラピスト		@ 6,000 × 50 名
参加費：後期登録		
会員：医師		@ 10,000 × 15 名
会員：メディカルスタッフ、セラピスト		@ 6,000 × 45 名
非会員：医師		@ 12,000 × 5 名
非会員：メディカルスタッフ、セラピスト		@ 7,000 × 15 名
共催事業収入	7,150,000	@ 1,100,000 × 1 枠
		@ 990,000 × 1 社
		@ 880,000 × 1 社
		@ 770,000 × 3 社
		@ 660,000 × 2 社
		@ 550,000 × 1 社
		@ 165,000 × 10 社
展示出展料	1,650,000	
広告掲載料	1,298,000	
本部補助金	1,000,000	日本フットケア・足病医学会
寄付金	500,000	
<b>合 計</b>	<b>17,333,000</b>	

### 「支出の部」

項 目	金額 (円)	
<b>【事前準備費】</b>		
印刷費等	2,500,000	プログラム抄録集、封筒、ポスター等
通信諸費	150,000	
事務費	1,500,000	演題処理、ホームページ、参加登録システム等
展示・広告関係費	1,000,000	
<b>【当日運営費】</b>		
会場借用費	1,300,000	ソニックシティ
付帯設備費	500,000	
機材・備品費	4,700,000	
看板表示物	500,000	
人件費	1,500,000	ディレクター、オペレーター、アルバイト
諸経費、消耗品	500,000	
招聘関係費	1,000,000	謝金、旅費
業務委託費	1,000,000	コンベンション社
<b>【事後処理費】</b>		
人件費	300,000	
消耗品費	100,000	
会計監査費	250,000	
<b>【予備費】</b>	533,000	
<b>合 計</b>	<b>17,333,000</b>	

# 第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会 寄付金申込書

第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会  
会長 高山かおる 殿

貴会活動を推進するため、その趣旨に賛同して下記の通り寄付を申し込みます。

〈振込先〉

銀行名：三菱UFJ銀行

支店名：駒込支店（店番061）

口座番号：普通預金 0616425

〒 伊予川口 日本フットケアアソシエーション 川口コンベンションセンター 2F 202号室

口座名義：第3回日本フットケア足病医学会関東・甲信越地方会 代表 高山かおる

申 込 日	年 月 日
寄 付 金 額	円也
御 社 名 部 署	
所 在 地	〒
連 絡 先	TEL FAX
E - m a i l	
御 担 当 者	
振 込 予 定 日	年 月 日

[申込先] (株) コンベンションフィールド  
(E-mail : jfcpmkanto3@conf.co.jp FAX : 03-6381-1958)

# 第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会 共催セミナー申込書

申込日 年 月 日

第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会  
会長 高山かおる 殿

貴会共催セミナー開催につき、その趣旨に賛同して下記の通り申し込みます。

	日 時	セッション名・会場
(例)	(4月28日)	(ランチョンセミナー・第1会場)
第一希望		
第二希望		
第三希望		

ご予定のテーマをお知らせください。

テーマ： \_\_\_\_\_

座長、演者のご希望をお知らせください。

	氏 名	所 属
座 長		
演 者		

貴社名： \_\_\_\_\_

ご住所： 〒 \_\_\_\_\_

ご担当部課： \_\_\_\_\_

ご担当者名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

[申込先] (株) コンベンションフィールド  
(E-mail: jfcpmkanto3@conf.co.jp FAX: 03-6381-1958)

# 第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会 企業展示出展申込書

第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会  
会長 高山かおる 殿

下記の通り企業展示を申し込みます。

申 込 日	年      月      日
申 込 小 間 数 展 示 料	基礎小間 165,000 円      _____小間
	展示料金      _____ 円
	書籍      机希望本数      _____ 本
出展予定品目	
展 示 台 社 名 板 蛍 光 灯	要      ・      不要 要      ・      不要 要      ・      不要
御 社 名  部      署	
所 在 地	〒
連 絡 先	TEL FAX
E - m a i l	
御 担 当 者	
特 別 装 飾	有      ・      無      ※有の場合は備考欄に社名、担当者、連絡先を記載してください。
備      考	

[申込先] (株) コンベンションフィールド  
(E-mail : jfcpmkanto3@conf.co.jp    FAX : 03-6381-1958)

# 第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会 広告掲載申込書

第3回日本フットケア・足病医学会関東・甲信越地方会  
会長 高山かおる 殿

下記の通り広告掲載を申し込みます。

申 込 日	年 月 日
ス ペ ー ス	表 ( ) ・ 後付 1 頁 ・ 後付 1/2 頁
掲 載 品 目	
御 社 名 部 署	
所 在 地	〒
連 絡 先	TEL FAX
E - m a i l	
御 担 当 者	
備 考	

[申込先] (株) コンベンションフィールド  
(E-mail : jfcpmkanto3@conf.co.jp FAX : 03-6381-1958)