

各位

日本病院地域精神医学会

理事長 山下 俊幸

「日本病院地域精神医学」への広告掲載のお願い

拝啓 時下ますますのご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、日本病院地域精神医学会は創設以来、精神障害にかかわる多職種および本人・家族も入会されて、率先して地域生活支援の課題を論議し提示してまいりました。本学会は「病院・地域精神医学」を1000部発行し、総会大会の講演や演題内容、現状報告や課題探求等の論文を掲載し、多面的な分析や実践に役だっております。

さらに地域に関わる領域や教育機関、障害関連施設など、広い範囲での購読を薦めたく、また、この学会誌の発行を維持するためのも、会員内外からの支援、ご協力を賜りたく、学会誌への広告掲載をよろしくお願い致します。

記

1. 広告内容について：

紹介広告・求人広告・出版物案内 など。 【薬物は除く】

掲載受諾に関わる基準は理事会で設定する。【学会の趣旨、誹謗中傷は除く】

2. 広告料金基準(税込価格)

掲載場所	1ページ金額	色	賛助会員割引 (3割引)	頁の分割利用
表4	54,000円	1色	37,800円	1/2頁
表2	43,200円	//	30,240円	
表3	37,800円	//	26,460円	
記事中	21,600円	//	15,120円	~1/4
記事中	1/2頁 10,800円	//	7,560円	

*版下 をご用意ください。

3. <申込書>にご記入の上、FAXまたはEメールで以下へ。

「病院・地域精神医学」編集事務局： ゆう書房 牧野 浩一

〒160-0004 東京都目黒区八雲3-29-20-209

TEL&FAX 03-5701-3399

E-mail k-makino@no1.itscom.net

広告掲載〈申込書〉

2015年 月 日

お 申 込 者	団体 または 個人名	
	団体の場合 担当者名	
	所在地	〒 —
	連絡先	TEL: ()
FAX: ()		
E-mail:		

1. 掲載場所	掲載の大きさ	色	賛助会員割引 の摘要	金額
()	() 頁	1色	(有・無)	円

2. 版下	<input type="checkbox"/> 版下データをメールで送付する <input type="checkbox"/> 版下を郵送する
-------	--

3. 送金方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 (月 日振込予定) *1
	<input type="checkbox"/> 郵便振込 (月 日振込予定) *2
	<input type="checkbox"/> 手渡し (担当:) <input type="checkbox"/> その他 ()

*1 みずほ銀行 八坂支店 普通 2474411 ニホンビョウインチイキセイシナイガクカイ

*2 郵便口座：00150-9-150383 名義：日本病院地域精神医学会

*振込料はご負担願います。

<p>○ご紹介いただける団体・企業などがありましたらご記入ください。</p> <p>団体/企業名</p> <p>連絡先 (電話、Eメール、窓口となっていただけの方のお名前など)</p>

申し込みのサイズ(要 確認)

1 / 2ページ サイズ

(横174mm × 縦128mm)

1 / 4ページ サイズ

(横174mm × 縦62mm)

1 / 8ページ サイズ

(横85mm × 縦62mm)

1 / 8ページ サイズ

(横85mm × 縦62mm)