

2019 年 4 月 1 日

東京都病院協会会報紙 チラシ同封要領

- 要 件： 弊会賛助会員（A）の皆さまについては、ご要望に応じて会報紙（毎月 1 回発行）発送の際にチラシを同封することができます。
- 送 付 先： 弊会正会員（各病院の理事長または院長等）
- 費 用： 各年度の最初の 1 回は無料とし、2 回目以降の同封につきましては郵送費相当額として 1 回あたり 30,000 円を申し受けます（税別）。
会報紙発送後、事務局より費用お振り込みのご案内をいたします。
- サ イ ズ： A4 版を基本とし 1 枚（両面印刷でも差し支えございません）もしくは A3 二つ折りの体裁として下さい。
- 社名記載： チラシ内の貴社名の近くに『東京都病院協会賛助会員』である旨をご記載下さい。
- 内容確認： 事前にチラシの内容を確認させていただきます。基本的には内容審査ではなく、上記の「賛助会員である旨」の記載の確認です。
- 部 数： 弊会正会員病院数＋予備として 20 部程度をお預かりいたします。
残部を返却する場合はその旨ご指示下さい。
返却不要の場合は、委員会・研修会等で配布することがあります。
- 納 期： 会報紙発送 3 日前までに事務局に届くようご手配下さい。
- 発送時期： 毎月下旬（年 12 回）
- そ の 他： 賛助会員様からお預かりしたチラシ類は、会員病院宛ての封筒のみに同封し、賛助会員宛ての封筒には同封しておりませんので予めご了承下さいますよう、お願い申し上げます。

日程や封入方法、その他チラシ同封に関しましては個別にご相談に応じますので、ご遠慮なくお問い合わせ下さい。

問合せ先： 東京都病院協会事務局

〒101-0062

東京都千代田区神田駿河台 2-5

東京都医師会館 404 号室

TEL：03-5217-0896

FAX：03-5217-0898

Mail：tmha@mri.biglobe.ne.jp