

協 賛 金 申 込 書

申込日 年 月 日

公益社団法人東京都障害者スポーツ協会
会長 殿

以下の通り、東京都障害者スポーツ大会・東京CUP卓球大会 の開催に賛同し、協賛を申し込みます。

| | | |
|--------------------|-----------------------------------|---------|
| 貴社名 又は 貴団体名 | ※プログラムの目次等に記載する貴社名、貴団体名をご記入ください | |
| 代表者様氏名 | | |
| ご担当部署及び ご担当者様氏名 | | |
| 所在地 | | |
| 電話番号 | () | |
| FAX番号 | () | |
| E-mail | @ | |
| 申し込み 内容 | ※該当を○で囲んでください | |
| | 1. 東京CUP卓球大会広告協賛 | |
| | A4タテ | 20,000円 |
| | 2. 都大会広告協賛 | |
| | A4タテ | 80,000円 |
| | A5ヨコ | 50,000円 |
| | A6タテ | 30,000円 |
| | A4 1/4 | 30,000円 |
| A7ヨコ | 15,000円 | |
| 社名のみ | 10,000円 | |
| 原 稿 | 新原稿あり ・ 昨年同様 上記いずれかに○をつけてください。 | |
| 備考 | | |

公益社団法人東京都障害者スポーツ協会

申込用紙送付先FAX番号 03-5206-5587

E-MAIL portal@tsad.or.jp