

## 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