

## 物 品 協 賛 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	物品名 (商品名)
	個数
	金額換算  ※商品が掲載されているパンフレットなど金額が確認できるものを添付してください。 ※上記、金額の概ね80%での金銭換算として広告を掲載します。
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 F A X 番号

0 3 - 5 2 0 6 - 5 5 8 7

E-MAIL

portal@tsad.or.jp