

後援等名義使用承認申請書

年 月 日

一般社団法人 松原市医師会 会長 殿

申請者 所在地 _____
 団 体 名 _____
 代表者名 _____ 印
 電 話 _____

次の事業について、松原市医師会の 共催・後援 の名義使用の承認をしていただくよう申請します。

申請する事項	<input type="checkbox"/> 共催 <input type="checkbox"/> 後援 (申請する事項に☑を付けて下さい)
事業の名称	
主催者名	
事業の目的	
事業の内容	
実施期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
実施場所	
対象者	
他の後援等 団体	
<input type="checkbox"/> 初めて 共催・後援 申請する。 <input type="checkbox"/> 例年 共催・後援 申請している。	