

茨城県医師会後援名義使用申請書

年 月 日

茨城県医師会長 殿

所在地

団体名

代表者名

印

次のとおり事業を実施するので、茨城県医師会後援名義の使用を申請します。

記

1 事業の名称	
2 内容・趣旨	※事業の要綱等、概要がわかる資料を添付すること
3 開催日時	
4 会場	
5 主催・共催	※申請者を含むこと
6 茨城県医師会 以外の後援等 申請先	
7 参加者数見込	
8 対象地域又は 参加者の範囲	※例：「茨城県下全域」など
9 参加料等	円
10 担当者連絡先	住所：〒 氏名： 電話番号：
11 その他	

※その他の添付資料

- ・活動状況がわかる参考資料（パンフレット、チラシ等）