（別紙１）

**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　 |  |
| 2　  | ※事業の要綱等、概要がわかる資料を添付すること |
| 3　 |   |
| 4　会　　　　場 |  |
| 5　 | ※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　　 参加者の範囲 | ※例：「茨城県下全域」など |
| 9  | 円 |
| 10 担当者連絡先 |  住所：〒  氏名： 　　　　　　　　　電話番号：  |
| 11  |  |

※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）