

# 後援・協賛・共催申請書

申請年月日： 年 月 日

(一社) 鳥取県臨床検査技師会  
会長 宛

住所

団体名

代表者

印

下記の事業に関して、貴会の後援・協賛・共催をいただきたいので、関係書類を添えて申請します。

いずれかに✓をつけてください	<input type="checkbox"/> 後援 ・ <input type="checkbox"/> 協賛 ・ <input type="checkbox"/> 共催
事業の名称	
開催日時	年 月 日 ( ) 時 分 から 年 月 日 ( ) 時 分 まで
開催場所	
目的・趣旨	
事業内容	
参加費	<input type="checkbox"/> 無料 ・ <input type="checkbox"/> 有料 ( 円)
生涯教育研修点数・ 単位認定の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 点)
他の共催・後援 予定団体など	
申請者連絡先	住所 担当者 TEL E-Mail:
添付書類	事業内容が明記されている資料(開催要綱・実施要綱・企画書・ちらし・パンフレット、プログラム、前回事業の資料など)
(一社) 鳥取県臨床検査技師会 承認日：	年 月 日