**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 | □後援　・　□協賛　・　□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 | □無　料　・　□有　料　（　　　　　　円） |
| 生涯教育研修点数・単位認定の有無 | □無　　　・　□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 | |