共催・協賛・後援申請書

年 　　月 　　日

一般社団法人

山梨県臨床検査技師会　会長殿

申請者　団体名：

　　　　住 所：

　　　　連絡先：

　　　　代表者：　　　　　　　　　　印

一般社団法人　山梨県臨床検査技師会による「共催・協賛・後援に関する内規」に基づき、下記の事業に対する（共催・協賛・後援）を申請します。

記

1.事業の名称：

2.主催団　体：

住　所：

連絡先：

担当者：

3.開催日時：　　 　　年　　 月　　 日　　　　　時～

4.開催場所：

5.事業の内容：

6.他の共催、協賛、後援団体等の有無（有のときその名称）

　　　　　無　・　有　（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

7.生涯教育研修点数、単位認定の有無：　無　・　有

8.協賛金の有無：　無　・　有　（　　　　　　　　　　）

9.名義使用における徴収金（1万円）の有無：　無　・　有

一般社団法人山梨県臨床検査技師会　承認者：　　　　　　　　　　　印