

香川県小児科医会
会長 永井 崇雄 殿

主催者代表

香川県小児科医会 共催・後援 名義依頼について

下記講演会に、貴会のご共催・ご後援（どちらかに○）を賜りたく申請いたします。

1. 講演会名

2. 日 時 平成 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分

3. 会 場

4. 演 題 【仮題の場合は後日正式名をご連絡下さい】

5. 講 師

6. 主 共 催（後援の場合）

7. 後援（予定も含めて）

8. 参加資格 無 有（ ）
参加費・会費 無 有 _____ 円（ ）
事前申し込み 無 有（ ）
問 合 先 団体名： TEL 番号：

9. 連絡先 担当者氏名
TEL・FAX
E-MAIL

【プログラムがあれば各自添付】