年　　月　　日

香 川 県 小 児 科 医 会
会 長　 宮崎 雅仁 殿

主催者代表(所属・氏名)

香川県小児科医会　共催・後援願

下記講演会に、貴会の （ 共催 ・ 後援 ・ 名義後援 ） を賜りたく申請いたします。

1. 講演会名:

2. 日　時　　年　　月　　日（　　）　　時　　分 ～　　時　　分

3. 会　場 :

4. プログラム内容　(仮題の場合は後日正式名を連絡)

5. 講　師(所属・氏名)

6. 主共催(後援の場合)

7. 当医会以外の後援団体等(予定も含めて)

8. 参加資格　　無　　有(　　)
　会費等　　無　　有 ＿＿＿＿＿＿円（参加資格による区分あれば明記）
　事前申込　　不要　　要 （ 申込方法　　）

9. 担当者連絡先　　氏名　　TEL&FAX
　　E-MAIL

【プログラムがあれば添付のこと】