共催等申請書

令和　　年　　月　　日

高岡市医師会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

申請者　住　　　所

団　体　名

代表者氏名

（連絡先氏名・電話　　　　　　　　　　　　　　）

共催

協賛

後援

次の事業を実施するにあたり高岡市医師会の　　　　を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 |  |
| 目的及び内容 |  |
| 対象者 |  | 参加人数 | 人 |
| 日　　　　時 | 月　　日から　　月　　日まで午前・午後　　　時から午前・午後　　　時まで |
| 場　　　　所 |  |
| 入場料、会費等の有無 | 有　・　無 | １人　　　　　　　　　　円 |
| 他の共催等の有無 | 有　・　無 | 共催協賛後援 |
| 備　　　　考 |  |

医師会使用欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会長 | 副会長 | 副会長 | 副会長 | 担当理事 | 事務局長 |
|  |  |  |  |  |  |
| 合議 | 決定区分□ 承認する□ 承認しない | 受付 |