**神奈川麻酔科医会**

**主催・共催・協賛・後援等の依頼（案）**

神奈川麻酔科医会　殿

|  |  |
| --- | --- |
| ご依頼区分 | （　主催　・　共催　・　協賛　・　後援　） |
| 行事名 |  |
| 開催主催の団体名 |  |
| 開催主催の代表者名 |  |
| 開催日時 |  |
| 開催場所 | ※会場名および所在地を記入して下さい |
| テーマ（主題） |  |
| 参加資格・対象・定員など |  |
| 募集範囲 | （　1都道府県　・　地域　・　全国　）※1都道府県以下の募集範囲のご依頼はお断りする場合がございます |
| プログラム内容 |  |
| 参加費 |  |
| お問い合わせ先 | ※所在地、担当者、TELを記入して下さい |
| WEBサイト |  |
| 記入者名 |  |
| 連絡先E-Mail |  |

以上のとおり、申請致します

　　年　　月　　日

主催者：