

公益社団法人日本脳卒中協会
理事長 峰松 一夫 様

申請者（主催者）：

後援名義 申請書

下記の事業を開催するにあたり、公益社団法人日本脳卒中協会の後援名義の使用についてご承諾をいただきたく、関係書類を添えて申請いたします。

なお、後援名義の使用にあたっては、貴会に対し本件に伴う一切の責任を求めません。

記

行事名	
趣旨	
内容（プログラム等）	
日時・期間	
開催場所（オンラインの場合は申込み先 URL 等）	
主催・共催	主催： 共催：
後援・協賛等	後援： 協賛：
参加対象者	
参加予定人数	約 名
閲覧料等参加者負担	該当する方にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 有料（_____円）
ホームページ等への掲載（公開講座等）	該当する方にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません 広報における情報解禁日：西暦 年 月 日
行事問い合わせ先	ご担当者 電話または Email
後援名義申請ご担当者 この申請に対する回答をお送りします	ご担当者 Email

* 事業の実施要領等事業の内容のわかる書類（チラシ等）を添付してください。