申請年月日：　年　　月 日

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　　　　支部 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。  　無料　　　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。  　承諾します　　　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。**