

共催等申請書

平成 年 月 日

長岡市医師会長 様

申請者 住 所
.....
団 体 名
.....
代表者氏名
.....
(連絡先氏名・電話)

次の事業を実施するにあたり長岡市医師会の共催後援を申請します。

事業名			
目的及び内容			
対象者		参加人員	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 後援 協賛	
備考			

医師会使用欄

会長	副会長	理事	理事	事務長	総務主任	起案	・	・
						決裁	・	・
						施行	・	・
合議		決定区分	<input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない			受付		
		承認条件：共催等承認通知書のとおり その他						