令和　 年　 月　 日

後援承認申請書（様式1）

一般社団法人　京都府理学療法士会

会長 麻田　博之 宛

申請者

団体名

代表者　　　　　　　　　　 ㊞

住 　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

|  |  |
| --- | --- |
| 申請種別 | 後 援 |
| 対象組織 | 一般社団法人　京都府理学療法士会 |
| 事業名等 |  |
| 主催者職・氏名 |  |
| 開催日（期間） | 令和　 年　 月 　日　 ～　令和　 年　 月 　日 |
| 開催地（場所） |  |
| 開催の目的（趣旨）  及び開催概要（主な講演項目や講演者・開催会場等を記載） |  |
| 参集範囲  （職種・参加人数等） |  |
| 申請目的 |  |
| 他団体への申請状況 |  |
| 申請回答送付先 | 〒 |
| 周 知 対 応 希 望  （希望のものに○） | ホームページ掲載 ・ メール配信　・ どちらも希望しない  （別途掲載用原稿を添付すること） |