

公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク 後援等の承認申請書

年 月 日

公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク
理事長 殿

団 体 名 印
代 表 者 名
住 所
電 話 番 号
担当者所属・氏名
担当者電話番号

次の事業について、公益社団法人日本臓器移植ネットワークの後援等を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

事業の名称		
申請の種別		後 援 ・ 協 力 ・ 共 催
事業の 内容	趣旨・目的	
	日時	
	会場	
	対象者・人数	
	入場料等の有無	あり ・ なし ※『あり』の場合は、事業に係る収支予算書を必ず別途提出
	他の後援団体 等	(申請中、今後申請予定も含む) 【主催】 【協力】 【後援】
後援等を必要とする理由		
備考		