[後-1]

一般社団法人　新潟県放射線技師会長殿

後援依頼書

下記事業について、一般社団法人新潟県診療放射線技師会の後援をいただきたく、  
関係資料を添えて 申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼日 |  |  | | | | 年 |  | 月 | |  | | 日 | |
| 事業名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 日時 |  | | | | | | | | | | | | |
| 場所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 内容 |  | | | | | | | | | | | | |
| 依頼者  依頼団体 |  | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 氏名 | |  | | | | | | | | メールアドレス | |  |
| 助成金 (基準をご確認ください) | | | | | □希望する　□希望しない | | | | | | | | |
| 助成金を希望する場合は、ご記入ください。 | | | | □登録研究会である  □県内で開催される  □県技師会会員が運営する  □県内参加予定数　　　　　名　(過去実績あり　　名・なし　) | | | | | | | | | |
| 振込先  助成金の振込先を、 ご記入ください | | | | 金融機関名 | | | | |  | | | | |
| 支店名 | | | | |  | | | | |
| 預金種別 | | | | | □普通　□当座 | | | | |
| 口座番号 | | | | |  | | | | |
| 口座名義人 | | | | | カナ | | | | |

※新潟県診療放射線技師会記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *受付* | 年　　　月　　日 | *事務局* |  |
| *確認* | 年　　　月　　日 | *会長* |  |
| *処理* | 年　　　月　　日 | *事務局* |  |
| *備考* |  | | |

※関係書類(プログラム等)を添付してください。