

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)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
助成金を希望する場合は、ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 登録研究会である <input type="checkbox"/> 県内で開催される <input type="checkbox"/> 県技師会会員が運営する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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。