**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 |  |