

学会等後援名義使用承認申請書 記載例

平成 00 年 00 月 00 日

公益社団法人北海道理学療法士会

会長 太田 誠 宛

申請者 ○○ ○○

団体名 ○○研究会

代表者 ○○ ○○

㊞

住 所 〒060-0003 札幌中央区北 3 条西 2 丁目 1

カミヤマビル 4 階

ご担当者連絡先

氏名 ○○ ○○ TEL 011-213-0301

E-mail : office@pt-hokkaido.jp

学 会 名 等	第 9 回○○研究会
主 催 者 職 ・ 氏 名	会長 ○○ ○○
開 催 日 (期 間)	平成 25 年 4 月 1 日 ～ 平成 25 年 4 月 1 日
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)	趣 旨 : ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○。 会 場 : ○○病院 (札幌中央区北 3 条西 2 丁目 1) 講 師 : ○○ ○○ ○○クリニック 院長 参加費 : 無料 内 容 9 : 00 ~ 9 : 30 受付 9 : 30 ~ 11 : 30 症例検討 11 : 30 ~ 12 : 30 休憩 12 : 30 ~ 15 : 00 ディスカッション
参 集 範 囲 (職種・人員等)	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 100 名
後 援 申 請 目 的	○○。
他 団 体 へ の 後 援 申 請 状 況	○○協会
申 請 回 答 送 付 先	〒060-0003 札幌中央区北 3 条西 2 丁目 1 ○○研究会 事務局 ○○ ○○
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)

主催団体概要

団体の名称 代表者名	〇〇研究会 会長 〇〇 〇〇	
設立年月日	平成17年4月1日	
団体の所在地	〒060-0003 札幌中央区北3条西2丁目1 カミヤマビル4階	
電話・FAX番号	TEL : 011-213-0301	FAX : 011-213-0302
HPアドレス	http://www.pt-hokkaido.jp/web/	
E-mail	office@pt-hokkaido.jp	
会員数	4,000名	
主な会員構成職種	理学療法士	
活動実績	平成18年4月	第1回〇〇研究会
	平成19年4月	第2回〇〇研究会
	平成20年4月	第3回〇〇研究会
	平成21年4月	第4回〇〇研究会
	平成20年4月	第5回〇〇研究会
	平成21年4月	第6回〇〇研究会
	平成22年4月	第7回〇〇研究会
	平成23年4月	第8回〇〇研究会
その他		