一般社団法人　群馬県理学療法士協会

共催・協賛・後援 申請書

申請日： 令和　　年　　月　　日

依頼名義区分：共催・協賛・後援（名義後援）　該当するものを選択

事業名称： [事業の正式名称を記載]

【主催者情報】

団体名： [主催団体の正式名称を記載]

所在地： [主催団体の所在地を記載]

担当者名： [申請担当者の氏名を記載]

連絡先（電話番号/FAX番号）： [申請担当者の電話番号、FAX番号を記載]

E-mail： [申請担当者のE-mailアドレスを記載]

【事業情報】

開催日時：令和　　年　 月　 日　～ 令和　　年　 月　 日

時　　分 ～ 　　時 　分

開催場所

会場名： [会場名を記載]

所在地： [会場の所在地を記載]

参加費用： [無料/有料の場合は金額を記載]

事業の内容・趣旨など： [事業の目的、内容、趣旨、参加者の属性などを具体的に記載]

開催規模

予算規模： [おおよその予算規模を記載]

主催責任者： [主催責任者の氏名を記載]

運営スタッフ： [運営スタッフの人数や体制などを記載]

参加予定人数： [参加予定者数を記載]

【本会への依頼内容】（該当する項目の具体的内容を記載）

費用提供（終了時、会計報告書添付）： [費用の有無や具体的な内容を記載]

人的支援： [具体的な支援内容を記載]

物品支援： [具体的な支援内容を記載]

名義使用： [名義使用の要否を記載]

会員周知： [会員への周知を希望する場合、その方法などを記載]

その他： [上記以外の依頼内容があれば記載]

【他の共催・協賛・後援等の有無】

[有・無のいずれかを記載し、有の場合は団体名も記載]

【添付書類】（該当するもの全てに〇を付けてください）

［　　］開催要項

［　　］団体定款または会則（任意団体の場合）

［　　］機関誌等の定期発行の有無（任意団体の場合）

［　　］会員数（任意団体の場合）

［　　］予算書

［　　］その他（具体的な書類名を記載）

【本会記入欄】

［　　］県民の保健・医療・福祉の発展に寄与し、理学療法の普及啓発に貢献すると認められる事業

［　　］公益目的の事業であり、不特定かつ多数の県民の利益に寄与すると認められる事業

［　　］本会会員にとって有益であると認められる事業

［　　］本会の目的を達成するために必要と認められる事業

［　　］営利目的ではない事業

一般社団法人　群馬県理学療法士協会

共催・協賛・後援 事業終了報告書

報告日：令和　　年　　月　　日

一般社団法人理学療法士協会 会長 殿

団体名： [主催団体の正式名称を記載]

代表者名： [代表者氏名を記載]

所在地： [主催団体の所在地を記載]

連絡先： [主催団体の連絡先を記載]

一般社団法人　群馬県理学療法士協会の [共催・協賛・後援] 事業が次のとおり終了しましたので報告します。

記

１．事業の名称： [終了した事業の名称を記載]

２．開催日時（期間）： [実際の開催日時を記載]

３．開催場所： [実際の開催場所を記載]

４．事業の実施内容/概要： [事業の具体的な内容、趣旨、成果などを記載]

５．参加者数： [実際の参加者数を記載]

６．本会の費用負担の有無： （あり・なしのいずれかを記載）

ありの場合、会計報告書を添付してください。

７．添付書類： （該当するもの全てに〇を付けてください）

［　　］プログラム

［　　］パンフレット

［　　］参加者名簿

［　　］会計報告書（費用負担があった場合）

［　　］その他（具体的な書類名を記載）

８．備考： [特記事項があれば記載]

以上