**別記様式**

共催・協賛・後援 申請書

申請日：　　　年　　　月　　　日

日本臨床腫瘍薬学会理事長　殿

（申請団体名）

（代表者氏名）

（担当者氏名）

（住所）〒　　　　－

（TEL）（　　　　）　　　　　－

　下記事業について，〈共催・協賛・後援 〉を依頼したく申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **申請の種類** | 共催　　　　　　　　協賛　　　　　　　　後援 |
| **本法人の費用負担の有無**（共催、協賛のみ選択） | 無 　有  （有をご選択の場合、事業計画書および予算案をご提出ください。） |
| **事業名** |  |
| **開催日（期間）** | ２０　　年　　月　　日（　　　）　～　２０　　年　　月　　日（　　　） |
| **開催場所** |  |
| **対象および参加予定者数** |  |
| **事業の概要**  **（目的、内容）** |  |
| **入場料・参加料** | 無料　・　有料　（料金を徴収する場合の額）　　　　　　　　　　　　円　　　　　　（会員によって差がある場合は詳細にご記載ください。また開催案内等にその旨を明記すること）  貴会会員　　　　　円、JASPO会員　　　　　　円、その他　　　　　　円 |
| **備考** | ※本法人内に本事業関係者がいる場合は，氏名，所属施設，本事業における役割等を記載ください。 |

* この申請書は、開催日の**3ヶ月前**までに催事内容の分かる資料などを添えて、本学会事務局にメールまたは郵送してください。