



令和 年 月 日

公益社団法人 福井県診療放射線技師会 御中

承諾書の送り先 _____ 印

住 所	
電 話	

下記につき（共催・後援・協賛）をお願いします。

記

催 事 名			
日 時		時 間	
会 場			
主 催 者 名		責 任 者 名	
主 旨			
その他の 共催・後援 共催者名			
内 容			
特 記 事 項			