**＜　日本フットケア・足病医学会　後援名義申請書　＞**

申込日：　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の名称 |  |
| 事業の目的及び内容の概略 |  |
| 主催者 |  |
| 期日・期間 |  |
| 実施場所 |  |
| 対象者 |  |
| 連絡先 | 会社・団体名 |  |
| 所属部署 |  |
| 所在地 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| その他 |  |

郵送、FAXいずれでも差し支えありませんが、イベント等の**開催日の一ヶ月前**までにご提出ください。この期限を過ぎて提出されたものについては、原則として名義後援はいたしません。

**＜ 申請書提出先 ＞**

日本フットケア学・足病医会事務局宛

〒169-0072 東京都新宿区大久保2丁目4番12　新宿ﾗﾑﾀﾞｯｸｽﾋﾞﾙ9F （株）春恒社内

TEL 03-5291-6231 FAX 03-5291-2176