様式第１号（第４条関係）

第　　　　　　号

　 　　令和　年　月　日

（公財）沖縄県保健医療福祉事業団

　理事長　〇〇〇〇　殿

申請者

代表者名　　　　　　　　　印

団体名

所在地

電話

行催事の（共催・協賛・後援）について（申請）

下記のとおり行催事を開催するにあたり、（公財）沖縄県保健医療福祉事業団の承認を得たいので、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　行 催 事 名 |  |
| ２　日 程 |  |
| ３　場 所 |  |
| ４　行催事の趣旨・内容  　（なるべく具体的に記入  すること。） |  |
| ５　他の主催・共催・協賛  及び後援団体名 |  |
| ６　参加者及び参加方式  （参加者の範囲、予定数） |  |
| ７　経費負担の区分 |  |
| ８　その他の必要事項 |  |