申請番号：LS-

**日本高血圧学会 減塩・栄養委員会**

**後援申請書**

申請日：西暦　　　　　　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 後援希望催し名 |  |
| 開催日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日(　　　)　～　(　　　)日間(　　月　　日まで) |
| 開催時間 | 　　　　　時　　　　　　分　　　　～ | 　　　　　時　　　　　　分 |
| 会場 | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | TEL： | FAX： |
| イベント概要 |  |
| 参加対象 |  医師 ・ 医療関係者(医師以外)・ 一般 | 参加予定人数 | 　　　　　　　名 |
| 主催団体 | 団体名 | 代表者名： |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL： | E-MAIL： |
| 担当者 | 氏名： | 所属： |
| 共催団体(ある場合のみ) |  |

※イベントのチラシ、HPのコピーなどを添付してください。

※日本高血圧学会のロゴマーク、減塩啓発キャラクターデータなどが必要な場合は別途事務局までお知らせください。