

第 15 回愛知メディカルラリーin Chukyo 実行委員会 協賛金申込書

第 15 回 愛知メディカルラリー in Chukyo 実行委員会

実行委員長 大須賀章倫 行

令和 年 月 日

住所 〒

法人名

代表者氏名

第 15 回愛知メディカルラリーin Chukyo の開催趣旨に賛同し、以下のとおり協賛します。

協賛形態 (該当部分のカッコ内に ○マル及び合計額を ご記入ください)	① 広告協賛	() A 4 サイズ全面	10 万円
		() A 4 半分サイズ	5 万円
	② 展示協賛	() 1 ブース	5 万円
	③ ランチョンセミナー協賛	() (①②の○は不要)	25 万円
	合計額	() 万円	
協賛対象	第 15 回愛知メディカルラリーin Chukyo 実行委員会 実行委員長 大須賀章倫		
目的	第 15 回愛知メディカルラリー in Chukyo の運営経費として		
振込先	銀行名 : 三菱UFJ 銀行 名古屋駅前支店 (店番 : 221) 口座番号 : 普通 0665376 口座名義 : 第 15 回愛知メディカルラリー 実行委員長 大須賀 章倫 ※入金締め切り : 12 月末日		
振り込み予定日	令和 年 月 日 に 振り込みました 振り込みます		
領収書要否	要 不要		
ご連絡先	担当者		
	住所 〒		
	TEL : FAX :		
	Email :		

【申込み用紙送付先】 E メール : chukyo.medicalrally15@gmail.com