　年 　月　 日

　初等教育カリキュラム学会御中

依頼団体

名　称：

代表者職・氏名：

所在地：（〒　　－　　 ）

電話：（ ）　 －

後援名義の使用について（依頼）

次のイベントについて，後援名義の使用を承諾してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　　　称 |  | |
|  |  | |
| 主催団体名 |  | |
| 後援団体名 | 申請中又は予定の場合は，団体名を（ ）で囲んでください。 | |
| 日時(期間) |  | |
|  |  | |
| 内　　　容 |  | |
| 過去の後援の有無 | | 有　・　無 |
| その他参考となる事項 |  | |
| 担　当　者 | 氏名：  連絡先住所：〒 ―  電話：( )　 － | |