協 賛 金 申 込 書

一金　 円也

ただし、第６５回全国国保地域医療学会に対する協賛金

として頭書の金額を申し込みます。

令和 年 月 日

会社・団体名

代表者役職・氏名

印

〒

所 在 地

担当部署

御担当者氏名　 電話番号　 メールアドレス

第６５回全国国保地域医療学会

学 会 長 高　垣　有　作 様