|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

旭川医科大学名義使用報告書

国立大学法人旭川医科大学長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 団体等名 |  |
| 責任者の職・氏名 |  |

令和　　年　　月　　日付け旭医大第　　号により旭川医科大学の名義の使用許可がありました事業について，下記のとおり終了しましたので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　名義※いずれかに○を付けてください | 国立大学法人旭川医科大学　・　旭川医科大学　・　Asahikawa Medical University |
| ２　名義の区分※いずれかに○を付けてください | 共催　・　後援　・　その他（　　　　　　） |
| ３　事業の名称 |  |
| ４　開催期間 |  |
| ５　開催場所 |  |
| ６　他の共催，後援等の団体名 |  |
| ７　参加人数等，事業内容 |  |
| ８　連絡担当者 | 氏名電話番号メールアドレス |
| ９　備考 |  |

以上