

受理番号 \_\_\_\_\_  
受理月日 平成 年 月 日

## 後援願

静岡県フルーツ協会 会長殿

平成 年 月 日

下記イベントを開催しますので後援お願い致します。

団体名	
申請者	
住所	〒
電話	
アドレス	
内容	コンサート クリニック その他 ( )
イベントの名称	
開催日	平成 年 月 日 ( ) 時 分開演
会場名	
入場料	無料 有料 (¥ )
後援の種類	名義使用

イベントの内容を○で囲って下さい。  
\*記入後、事務局あてに郵送ください

2017.11改訂