

様式 1

平成 年 月 日

糖尿病対策推進会議

事務局御中

(事務局担当黒瀬宛、関西電力病院内)

TEL : 0 6 - 6 4 5 8 - 5 8 2 1

FAX : 0 6 - 6 4 5 8 - 6 9 9 4

主催者

TEL

FAX

大阪糖尿病対策推進会議後援の依頼について(照会)

このたび糖尿病対策に関わる講演会を別紙のとおり開催する運びとなりました。つきましては、本会の趣旨をご理解いただき本講演会にご後援いただけるか、内容をご確認の上後援の可否につきまして下記の可否欄にご記入の上 FAX にてご返信いただけますようお願い申し上げます。

記

講演会名

主催者

開催日時

開催場所

下記の後援可否欄に○、×をご記入ください

--