

集 会 等 開 催 願

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

(代表者)

所 属 保健医療学研究科（ 専攻）
保健医療学部（ 学科）
学 年 年
学籍番号
氏 名

次のとおり集会等を開催したいので、承認くださるようお願いします。

主 催 団 体 名	
集 会 等 の 目 的	
開 催 日 時	年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分まで
開 催 場 所	
参加予定団体・ 予定人員	
備 考	

注 主催団体が学生団体である場合は、備考欄に顧問教職員の署名をもらうこと。