

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

助産学専攻科

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いたします。

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承認印を押印すること。