

# 行 事 届

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

団 体 名

(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

次のとおり行事を行いたい（行事に参加したい）ので届け出ます。

行事名称及び 主 催 者	
期 間	年 月 日から 年 月 日まで
内 容 及 び 目 的	
場 所	
参 加 者	参加者名簿のとおり
備 考	

注 参加者名簿を添付すること。

備考欄に顧問教職員の承認印を押印すること。