

(あて先) 仙台市病院事業管理者

申請者

- ・住所又は所在地
- ・氏名又は
団体名、代表者役職・氏名

後援名義使用承認申請書

行事の名称		
行事の概要		
主催者		
期 日	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	
会 場		
入 場 料 等		
対 象 者		
前回承認情報	承認日： 年 月 日 承認番号： 承認担当課：	新規申請
仙台市立病院 以 外 の 後 援 依 頼 先		
担 当 者 連 絡 先	住所 〒 氏名 電話番号 メールアドレス	
誓 約 事 項	本行事が、仙台市立病院後援名義使用承認事務取扱要領第 6 条に規定する承認基準に適合していることを誓約の上、申請いたします。 <input type="checkbox"/> ← チェック必須	

◎ 添付書類

- (1) 申請者に関する書類
 - ① 定款、規約、その他これに類するもの
 - ② 申請者及び行事関係者の名簿
 - ③ 過去の活動実績が分かるもの
- (2) 行事の内容を明らかにする書類
 - ① 行事の内容が分かる企画書等
 - ② 収支予算書
 - ③ 募集に係るポスター、チラシ等の広報物

◎ 注意事項

- ・ 書類の記入漏れや添付書類不足の場合は、申請を受理いたしません。
- ・ チラシやポスター等の印刷物やホームページへの名義使用は、承認通知を受けてから行ってください。

(申請者名) 様

仙台市病院事業管理者

(公印省略)

後援名義使用承認申請の補正について (依頼)

先に申請のありました下記行事につきまして、以下のとおり補正を依頼します。

記

1 申請年月日
年 月 日

2 行事の名称

3 補正内容

4 補正期限
年 月 日

5 その他

上記補正期限までに補正が行われない場合、申請を却下することがあります。

担当課：

住 所：

電 話：

F A X：

メール：

(申請者名) 様

仙台市病院事業管理者

(公印省略)

後援名義使用承認申請の却下について (通知)

先に申請のありました下記行事につきまして、以下のとおり申請を却下します。

記

- 1 申請年月日
年 月 日
- 2 行事の名称
- 3 却下理由
- 4 その他

担当課：
住 所：
電 話：
F A X：
メー ル：

第 年 月 日

(申請者名) 様

仙台市病院事業管理者

(公印省略)

後援名義の使用の承認について (通知)

先に申請のありました行事につきまして、下記の条件のもとで「仙台市立病院」の後援名義の使用を承認いたします。

記

1 後援名義使用承認行事名

【期日： 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()】

2 承認番号

第 号

3 承認の条件

- (1) 上記1以外の目的に使用しないこと
- (2) 仙台市立病院後援名義使用承認事務取扱要領第6条に規定する承認基準に適合していること
- (3) 行事の内容等を変更する場合は、速やかにその旨を書面で報告すること
- (4) 行事終了日又は後援名義使用期間終了日のいずれか遅い日から2か月以内に様式第7号実施報告書を提出すること
- (5) 広報媒体に後援の承認を受けた旨の記載を行う際は、上記2の承認番号を併せて記載するよう努めること

4 その他

- (1) 上記の条件に違反した場合その他仙台市立病院の後援名義の使用にふさわしくない事実が生じた場合、承認を取り消すことがあります。
- (2) 実施報告書が提出されない場合、今後、後援名義使用承認申請書を受理できないことがありますので、速やかに提出してください。
- (3) 承認に係る行事の名称、主催者等を仙台市ホームページで公開予定です。
- (4) 行事の実施にあたっては、チラシ・パンフレット等の再生紙の利用、ごみの分別回収等ごみの減量・リサイクルの推進、参加者への公共交通機関利用の呼びかけなど、できるだけ環境負荷の低減にご配慮くださいますようお願い申し上げます。

担当課：

住 所：

電 話：

F A X：

メール：

(申請者名) 様

仙台市病院事業管理者

(公印省略)

後援名義の使用の不承認について (通知)

先に申請のありました行事につきましては、下記の理由により「仙台市立病院」の後援名義の使用について不承認といたします。

記

- 1 後援名義使用不承認行事名
- 2 不承認の理由

担当課 :

住 所 :

電 話 :

F A X :

メー ル :

(あて先) 仙台市病院事業管理者

申請者

- ・住所又は所在地
- ・氏名又は
団体名、代表者役職・氏名

行事内容等変更報告書

年 月 日付け第 号により承認された下記の行事について、次のとおり変更します。

行事の名称	
変更内容等	
変更理由	
担当者 連絡先	住所 〒 氏名 電話番号 メールアドレス

(あて先) 仙台市病院事業管理者

申請者

- ・住所又は所在地
- ・氏名又は
団体名、代表者役職・氏名

実施報告書

年 月 日付け 第 号により仙台市立病院の後援名義の使用を承認された下

記の行事について、次のとおり実施しましたので報告します。

行事の名称	
主 催 者	
日 時	
会 場	
入 場 者 数	
仙台市立病院 以 外 の 後 援 依 頼 先	
行事の成果	
担 当 者 連 絡 先	住所 〒 氏名 電話番号 メールアドレス

※本報告書のほか、行事の実施状況や収支状況が分かる以下の書類も合わせて提出して下さい。

- ① 使用した名義が記載された広報用チラシ等
- ② 行事の実施状況が分かる資料 (パンフレット、プログラム等)
- ③ 行事の収支決算書

第 号
年 月 日

(申請者名) 様

仙台市病院事業管理者

(公印省略)

後援名義使用承認の取り消しについて (通知)

年 月 日付け 第 号により承認した下記の行事について、次のとおり承認を取り消します。

記

1 後援名義使用承認行事名

2 承認番号

第 号

3 取消理由

4 その他

(1) 年 月 日まで(取り消しの日から5年間)は、行事の目的及び内容にかかわらず、

後援名義使用承認申請書の提出があっても承認できません。

(2) 本通知の対象となる行事の名称、主催者名等を仙台市ホームページで公開します。

担当課：

住 所：

電 話：

F A X：

メー ル：

第 号
年 月 日

(主催者名) 様

仙台市病院事業管理者

(公印省略)

後援名義の使用停止について (通知)

このたび、貴団体（貴殿）において、下記の通り仙台市立病院の後援名義を不正に使用している事実を確認しました。

仙台市立病院の後援名義を使用する場合、仙台市立病院後援名義使用承認事務取扱要領第5条第1項の申請を行った上で、第6条第1項の承認を得る必要があります。

つきましては、本通知から10日以内に当該表示の削除をお願いします。

記

1 行事の名称

2 不正使用の事実

3 その他

- (1) 年 月 日まで(本通知の日から5年間)は、行事の目的及び内容にかかわらず、後援名義使用承認申請書の提出があっても承認できません。
- (2) 本通知の対象となる行事の名称、主催者名等を仙台市ホームページで公開します。

担当課：

住 所：

電 話：

F A X：

メー ル：