年　　月　　日

山形県病院薬剤師会

依頼者名

担当者名

研修会および講演会に関わる共催・協賛・後援依頼書

山形県病院薬剤師会に対し、以下の研修会および講演会について、共催・協賛・後援を依頼します。詳細は下記のとおり。

記

研修会および講演会名

趣　旨

日　時

場　所（山形県内に限る）

参加見込み人数

主　催

共催予定（当会以外）

後援予定（当会以外）

※参考資料があれば添付のこと

共催・協賛・後援　依頼内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当に☑ | 研修会区分 | 開催形式 | 研修シール | 依頼者 | 共催費 |
| □ | Ａ | 共催 | ○ | 企業 | 10,000円（賛助会員）　 |
| □ | Ｂ | 共催 | ○ | 企業 | 25,000円（非賛助会員） |
| □ | Ｃ | 共催 | ○ | 非企業 | 10,000円 |
| □ | Ｄ | 協賛 | × | － | 0円 |
| □ | Ｅ | 名義後援 | × | － | 0円 |

（なお、共催費には研修認定申請料は含みません）

・日本薬剤師研修センター認定対象集合研修会 申請予定

・日本病院薬剤師会 病院薬学認定薬剤師制度研修会 申請予定

・山形県病院薬剤師会 生涯教育認定制度　 　　単位（30分0.25単位60分以上）

・日本病院薬剤師会 専門認定薬剤師 認定制度に係る専門領域の講習会

申請予定　□ 無　□ 有（専門名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・その他の専門領域の講習会
申請予定　□ 無　□ 有（専門名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

上記の内容にて、受諾いたします。

年　　月　　日

山形県病院薬剤師会

会　長　羽太　光範　　印