秋田県病院薬剤師会

会長　三浦　昌朋　殿

講演会等の共催・後援・協賛願い

申請年月日 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名・団体名 |  |
| 内 容 |  |
| 期日（時間）  |  |
| 場 所 |  |
| ① 新規依頼 ② 継続依頼 （前回実施年月日） 年 月 日（該当する番号を○で囲む） |
| 要 請 事 項そ の 他 |  |
| ・開　催　形　式（ 該 当 に ☑）  | □ 共催　・□ 賛助会員　（通信事務費等1講座につき10,000円）・□ 非賛助会員（通信事務費等1講座につき30,000円）□ 後援□ 協賛 |
| 主催代表者 | （名称） （氏名）㊞ |
| 依頼者連絡先 （承諾書送付先） | 〒 － 電話 － －(住所)㊞ |

※申請後内容に変更があった場合は届け出を行い了承を得てください。

上記のことについて

□ 承諾します □ 承諾しません

□ 条件付き承諾（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

年 月 日

秋田県病院薬剤師会

会長　三浦　昌朋　印