

山形県病院薬剤師会

依頼者名  山形県薬剤師会  市薬剤師会（山形県内）  
 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

当該研修会の主たる開催者は、依頼者となります。

共催費等の費用は発生しませんが、以下の内容について、プログラム作成前に協議し、細部を共催者で確認のうえ合意を得た段階で、本依頼を受諾します。準備の関係上、依頼書受け付けは、原則研修会開催日の2カ月前とし、同5週前には案内文を完成させるものとします。

事前協議項目（研修会共催フローは別途資料を参照のこと）

認定シール配布対象の設定、参加費の設定、使用システムの決定、案内方法の決定、参加申し込み方法の決定、参加費徴収方法の決定、入室案内手順の決定、受講報告方法の決定、認定シール配布方法の決定 ほか

なお、事前協議を行うにあたり、担当者の連絡先をご記入ください。

担当者：本依頼書の担当者名の欄にご記入いただいた方になります。

勤務先：

連絡先電話番号：

連絡先メールアドレス：

山形県病院薬剤師会の担当者は、会長の羽太です。依頼前に電話にてご連絡ください。

023-682-1111（山形済生病院 代表）

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