

年 月 日

一般社団法人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

一般社団法人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（集合研修は山形県内に限る）

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

◎基本メニュー

該当に <input checked="" type="checkbox"/>	研修会区分	開催形式	依頼者	共催費
<input type="checkbox"/>	A	共催	企業	20,000 円（賛助会員）
<input type="checkbox"/>	B	共催	企業	35,000 円（非賛助会員）
<input type="checkbox"/>	C	共催	非企業	10,000 円
<input type="checkbox"/>	D	協賛	—	0 円
<input type="checkbox"/>	E	（名義）後援	—	0 円

◎オプションメニュー（集合研修形式で、サテライト会場を設定する場合）

該当に <input checked="" type="checkbox"/>	研修会区分	開催形式	依頼者	共催費
<input type="checkbox"/>	S	共催	すべて	10,000 円（追加）

（なお、共催費には研修認定に係る費用は含みません）

共催費 合計

円

上記の内容にて、受諾いたします。

年 月 日

一般社団法人山形県病院薬剤師会
会 長 羽太 光範 印