　　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☑ | 研修会区分 | 開催形式 | 依頼者 | 共催費 |
| □ | Ａ | 共催 | 企業 | 20,000円（賛助会員） |
| □ | Ｂ | 共催 | 企業 | 35,000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 |

◎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☑ | 研修会区分 | 開催形式 | 依頼者 | 共催費 |
| □ | 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