　　年　　月　　日

薬学大会も該当

当面の間、共催はＷｅｂ開催限定

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、会長の山口です。依頼前に電話にてご連絡ください。

023-682-5830（山形大学医学部附属病院　薬剤部）

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　 山 口 浩 明　　印