岐阜県病院薬剤師会（共催・後援）申請書

令和　　　年　　　月　　　日

岐阜県病院薬剤師会会長　　様

申請者（責任者）

所属・役職

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

下記の講座を岐阜県病院薬剤師会共催・後援等規定に該当する事業として実施しますので、岐阜県病院薬剤師会の（共催・後援）を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 講座の名称 |  |
| 期　日 | 　　　　年　　月　　日　　～　　　　　年　　月　　日 |
| 　会場（住所） |  |
| 事業の趣旨・目的 |  |
| 主催団体名 |  |
| 後援団体名 |  |
| 参加費 |  |
| 責任者:連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 備　考 |  |
| 事務局記入欄 |  |

１　申請書は名義使用開始予定日の1ヵ月前の常務会（毎月第1週に開催）までに提出してください。

２　具体的な内容がわかる資料（開催要項、企画書等）を添付して提出してください。