

(申請者→事務局→会長→事務局→所轄委員会)

提出： 年 月 日

受付： 年 月 日 (本会記載)

栃木県病院薬剤師会 会長 殿

共催・後援 申請書

申請団体名	
申請団体代表者	氏名： _____ 印 所属機関： 所在地：〒 _____ 電話番号： E-mail： _____

以下の事業を実施するにあたって、

【 貴会と共催をしたい、 貴会の後援を得たい】ので申請いたします。

事業概要

事業の名称	
事業代表者 (所属機関)	氏名 _____ (_____)
開催年月日・時間 (実質研修時間)	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 時間 分(挨拶・休憩・製品紹介等の時間は除く)
会場名・所在地	<input type="checkbox"/> 現地開催 <input type="checkbox"/> WEB開催 <input type="checkbox"/> 現地開催とWEB開催の併用 会場名 (所在地： _____)
受講者管理方法	<input type="checkbox"/> 確認テスト <input type="checkbox"/> 研修会レポート <input type="checkbox"/> キーワード
参加者予定数	約 _____ 名 (内訳：病院薬剤師 _____ 名、薬局薬剤師 _____ 名、その他 _____ 名)
参加費	<input type="checkbox"/> 有料 (会員 _____ 円、非会員 _____ 円)、 <input type="checkbox"/> 無料
貴会に依頼する内容	<input type="checkbox"/> 研修認定 (以下に記載) <input type="checkbox"/> 企画 <input type="checkbox"/> 運営 <input type="checkbox"/> 経費負担 (下記へ) <input type="checkbox"/> Zoom の利用
希望する研修認定制度	<input type="checkbox"/> 日病薬病院薬学認定薬剤師制度※ (領域： _____) <input type="checkbox"/> 日本薬剤師研修センター生涯研修認定薬剤師制度※ <input type="checkbox"/> その他 (_____)
貴会より拠出する人員	<input type="checkbox"/> 座長：氏名 <input type="checkbox"/> 演者：氏名 <input type="checkbox"/> その他：氏名

- ・ 事業開催日の45日前までに添付書類(プログラム及び団体規約)とともに提出してください。
- ・ 後援依頼の場合、日病薬病院薬学認定薬剤師制度、日本薬剤師研修センター生涯研修認定薬剤師制度の認定は認められません。
- ・ 研修認定制度の申請に際し費用が発生する場合は請求させていただくことがあります。