秋田県病院薬剤師会

会　　長　　殿

講演会等の共催・後援・協賛願い

申請年月日　　年　　月　　日

会社名・団体名	
内　　容	
期日（時間）	
場　　所	
① 新規依頼　② 継続依頼　（前回実施年月日）　年　月　日 （該当する番号を〇で囲む）	
要請事項 そ の 他	
上記の ① 共催　② 後援　③ 協賛 を別紙の通り申請いたします （該当する番号を〇で囲む）	
主催代表者	（名称）　（氏名） ㊞
依頼者連絡先 （承諾書送付先）	〒　－　電話　－　－ (住所) ㊞

※申請後内容に変更があった場合は届け出を行い了承を得てください。

上記のことについて

□ 承諾します　　□ 承諾しません

年　月　日

秋田県病院薬剤師会

会長