提出　　　　年　　月　　日

受付　　　　年　　月　　日（記載不要）

**一般社団法人日本医療薬学会　会頭　殿**

**共 催 申 請 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 学術団体の名称 |  |
| 代 表 者  （所属機関） | 氏名  公印  （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申 請 者 | 氏名 |
| 申 請 者の  所属機関･連絡先注１ | 所属機関  所在地 〒  電話番号 　　e-mail |

**共催を申請する学術集会**

|  |  |
| --- | --- |
| 学術集会の名称 |  |
| 学術集会の  ホームページURL |  |
| 大 会 長  （所属機関） | 氏名  （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 開 催 日注２  （開催日程） | 西暦 年 月 日 ～ 月 日　（ 時間 分） |
| 開催場所 | 会場名：  （所在地：　　　　　　　都道府県　　　　　　　　市区町村） |
| 予定参加者数 | 約　　　　名（内訳：医師　　名、薬剤師　　 名、その他　　　名） |
| 参加費注３ | □ 有料　 会員 　　　　　円、 非会員　　　　　円　　　□ 無料 |
| 参加資格 | □ オープン参加　　□ 参加者限定（対象者：　　　　　　　　　） |
| 本学会の費用負担 | □ 無　　□ 有（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 学術集会の概要（200字程度） | |

＜留意事項＞

１）本学会「共催・後援に関する取扱細則」に基づき、共催の許可が判定されます。

２）本申請書は、開催日の３ヵ月前迄に添付書類と共に提出してください。

３）添付書類とは、実施学術団体の規約（会費制で運営が明示されているもの）、プログラム（開催日時、場所、演題、参加費等が記載されているもの）を指します。

４）学術集会ホームページURLの記載がない場合、本学会では一切周知をいたしません。

＜注記＞

注１　許可判定結果通知を受領できる連絡先を記載してください。

注２　開催期間が１日の場合のみ、開催時間を記載してください。

注３　主たる参加者（薬剤師）の参加登録費（大会当日の参加登録費）を記載してください。

なお、 参加費及び参加資格については、該当する項目にチェックを付してください。