申請日：　　　　年　　　月　　　日

（様式１）

主催・共催・協賛・後援などの開催要項

下記の開催要項をご入力の上、日本緩和医療薬学会事務局

（email: jpps@a-youme.jp または FAX: 06-6441-2055）へ送信してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼区分 | □主催　□共催　□協賛　□後援　□その他（ 　　　） |
| 団体名  代表者名 | 団体名：  代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会印 |
| 依頼者名（所属）  連絡先 | （　　　　　　　　　　　　　　　）  電話：　　　　　　　　メールアドレス： |
| 開催名称 |  |
| 開催日時 | 研修時間：　　 年 　 月 　 日 ～　 月 　 日  時間　　　　　　　　 時　 分 ～ 時　 分 |
| 開催場所 | 住所：  会場名： |
| 開催規模 | 発表演題予定数： |
| テーマ（主題） |  |
| 組織委員候補者名簿 |  |
| 参加資格  主な対象者 | 参加資格：  対象者（職種）： |
| 参加予定者数 | 人 |
| 募集範囲 | □都道府県単位　□地域単位（関東／近畿など）　□全国 |
| 参加費 | 円 |
| 特記事項  （他の共催学会等の有無など） |  |
| HPアドレス |  |

受付日：　　　　年　　　月　　　日　　　受理番号：　　　　　　　　　　　　　日本緩和医療薬学会