

令和 年 月 日

一般社団法人前橋市薬剤師会  
会長 佐藤 岳彦 様

申請会社名

代表者名

印

住 所

担当者氏名  
(電話番号)

### 講演会等（共催・協賛・後援）承認申請書

下記事業の開催に当たり、前橋市薬剤師会の（共催・協賛・後援）を承認願いたく申請いたします。

#### 記

1. 事業名

2. 開催日時 令和 年 月 日 ( ) : ~ :

3. 会 場

4. 対 象 者 薬剤師 名、 医師 名、 その他 名

5. 事業内容

6. 参加費の有無 無 ・ 有 ( 円)

7. 前橋市薬剤師会の負担金の有無 無 ・ 有 ( 円)

8. 特記事項