

神奈川県内科医学会 共催・後援 依頼申請書

西暦 年 月 日

神奈川県内科医学会長 殿

申請者（神奈川県内科医学会会員または協賛会員であること）
所 属
氏 名

下記の行事について神奈川県内科医学会の 共催 ・ 後援 を申請します。

行 事 名				参加対象							
開 催 日		西暦 年 月 日 （ ） 開催日の2か月前までに申請してください									
開 催 時刻		: ~ :									
講 演 時 間		: ~ : [休憩時間除く合計講演時間 （ ） 分間]									
県内科医学会会員の役割		司会		座長		演者		(該当する役に印をつけてください)			
申請合計単位数		単位		全体 C C				予定参加者数		名	
会 場	名 称										
	所在地 連絡先	(WEB開催のみの場合は記入不要)									
共 催 団 体 (製薬会社含む)		無 ・ 有 (共 催 団体名 :)									
連 絡 先		氏 名 :				所属機関 :					
		(共催団体等) ご担当者名 :				電話番号 : E-mail :					
案内方法について		全会員への案内を 行う 行わない (該当方法に印を付け、事務局にご一報ください)									
		案内告知の実施にあたっては、以下の通り手法に応じた費用が発生いたします。申請時にご希望の周知方法を選択して、該当方法に印を付け、事務局にご一報ください。									
		1) 郵送による案内									
		ア 宛名印字済み封筒の購入を希望される場合 封筒サイズに関わらず80,000円 (税込) イ 宛名シールへの宛名印字を希望される場合 60,000円 (税込) ウ 持込封筒への宛名印字を希望される場合 封筒サイズに関わらず50,000円 (税込) エ 本会発送物と同封。一部負担金として30,000円 (税込) ※本会発送物がある場合のみ選択可能。 ※住所録データなどでの提供は行わず、宛名印字は幹事会承認後の作業となります。									
		2) メーリングリスト活用による案内 ア メーリングリストを活用の場合は、使用料として40,000円 (税込) ※全会員に広報されない場合は、神奈川県内科医学会会則施行細則七により後援となります。 ※上記金額は標準価格です。当会の協賛・非協賛等の会員区分により金額が異なる場合があります。									

講 演 内 容						
No.	演 題 名	講 師		講 演 時 間 (: ~ :)	単位数	カリキュラム コード
		氏 名	所 属 機 関			
(1)				: ~ : (分間)		
(2)				: ~ : (分間)		
(3)				: ~ : (分間)		
(4)				: ~ : (分間)		
(5)				: ~ : (分間)		

※講演内容が分かる資料（プログラム等）を必ず添付し、開催日の2か月前までに申請すること
※共催に関しては、県内科医学会会員が司会・座長・演者として参加していること、及び全会員へ案内することが条件
※日医生涯教育参加証の発行は、共催時にものみ発行
※申請者は、会員（協賛会員含む）に限る