【様式２】

平成　　　年　　　月　　　日

講演会等への出席のお願い

独立行政法人 地域医療機能推進機構

神戸中央病院長　大友敏行 殿

　　　　　（会社名）

（所在地）

　　　　　（営業所等責任者）　　　　　　　　　　　印

この度、講演会等を以下のように開催致しますので、貴病院の　　　　　　 　　先生に　　　ご出席していただきたく、ご了承お願い致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼内容 |  |
| 会の名称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 参加資格 |  |
| テーマ |  |
| 開催日時 | 平成　　　年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 講演等の時間 | 　　　時　　　分　～　　　時　　　分　（　　　時間　　　分） |
| 場　所 |  |
| 所在地 |  |
| 報酬の有無 | 有　　　　　　　　　　　　　円（税込）　・　　　無 |
| 交通費等 | 実費支給　　　　　　　　　　　円（内訳：様式３参照）　・　不支給 |
| 懇親会の有無 | 立食形式　・　　無　　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医薬品情報担当者連絡先 | 担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　　　 |

決定通知書

上記の出席依頼を　　　許可する。　許可しない。

平成　　　年　　　月　　　日

独立行政法人 地域医療機能推進機構 神戸中央病院長　　大　友　 敏　行　　印

　（当原本は申請者が保管し、コピーは総務企画課にて3年間保存する）

【様式２-２】

平成　　　年　　　月　　　日

講演会等への出席理由

独立行政法人 地域医療機能推進機構

神戸中央病院長　大友敏行 殿

この度、別紙の講演会について、下記の理由により出席致します。

（記）

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼を受けた理由 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　　　印