

【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