

公益社団法人日本臨床工学技士会  
理事長 本間 崇 殿

申請者：(団体名) 一般社団法人〇〇県臨工学技士会

(代表者名) 〇〇〇 〇〇 会印

「講師派遣依頼」申請書

下記のとおり申請致します。

|                           |                                                                                                                                            |                                   |  |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 講習会等の：                    |                                                                                                                                            |                                   |  |
| 1. 名 称                    | 講師に内諾を取った<br>のち申請ください                                                                                                                      | 第 1 回血液浄化セミナー                     |  |
| 2. 開催日                    |                                                                                                                                            | 2025 年 9 月 7 日 (日)                |  |
| 3. 開催場所                   |                                                                                                                                            | 〇〇県〇〇ホール 会議室                      |  |
| 4. 概 要                    | ・概要がわかるプログラム(案でも可)添付要 ・講師のメールアドレス： △△△△△@×××.jp<br>・内諾済みの講師氏名（2名まで）講師の講演時間が記載されたものを添付ください。<br>・講師氏名： 〇〇 〇〇氏                                |                                   |  |
| 選択の上必ず<br>ご記入ください         | ① 交通費・宿泊料：a.実費を負担 b.定額 円を負担 c.日臨工補助を希望<br>② 講演料：a.定額 円を負担 b.日臨工補助を希望<br>(注)講師に対しては当会内規に基づき当会から支弁します。上記の貴会負担額は当会からの<br>請求書に基づき、当会へ振り込んでください |                                   |  |
| 派遣経費負担分(貴会案に<br>〇をしてください) |                                                                                                                                            |                                   |  |
| 6.詳細確認及び<br>審査結果連絡先       | 窓口担当者                                                                                                                                      | 日本 太郎                             |  |
|                           | 所属先住所                                                                                                                                      | 〇〇〇-×××× 〇〇県△△市××町 1-1-1 〇〇ビル 5 階 |  |
|                           | 所属先名称                                                                                                                                      | △△△病院 ×××科                        |  |
|                           | TEL/FAX NO.                                                                                                                                | 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇                      |  |
|                           | E-mail Address                                                                                                                             | □□□□□@×××.jp                      |  |

【事務局使用欄】 以下記入しない (写) JACE 学術機構“JACE Academy”

審査結果通知書

|         |                                               |         |         |
|---------|-----------------------------------------------|---------|---------|
| 回 答 日   | 年 月 日                                         |         |         |
| 承 認 番 号 | JACE -                                        |         |         |
| 審 査 結 果 | 上記、趣旨を理解の上、講師派遣を<br>□承認する ・ □承認しない<br>(理由等： ) |         |         |
| 備 考     | ※後援申請 □<br>単位付与申請 □                           | 承 認 印 1 | 承 認 印 2 |
|         |                                               |         |         |