

申請日：2025 年 4 月 10 日

※開催の半年前をめどに申請ください

下記主催者と同一

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

「講習会等への後援」申請書

下記のとおり申請致します。

講習会等の：				
1. 名 称	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.主催者 (団体)	一般社団法人 〇〇県臨床工学技士会			
5.概 要	(別添資料の添付で可) 別添参照			
6.詳細確認及び 審査結果連絡先	窓口担当者	日本 太郎	申請者と同一 ※名称の省略は不可	
	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-K		
審 査 結 果	上記、趣旨を理解の上、後援を □承認する ・ □承認しない (理由等：)		
備 考	※単位付与申請 □ 講師派遣申請 □	承 認 印 1	承 認 印 2

※様式を変更せずご使用ください。

20251001