

公益社団法人日本臨床工学技士会  
理事長 肥田 泰幸 殿

申請者：(団体名) 一般社団法人〇〇県臨床工学技士会

(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 のち申請ください	第1回血液浄化セミナー	
2. 開催日		2026年9月7日(日)	講師へ連絡する際に 必要です。
3. 開催場所		〇〇県〇〇ホール 会議室	必ずご記入ください。
4. 概要	選択の上必ず ご記入ください	・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 ・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。 ・講師氏名：〇〇 〇〇氏 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 ② 講演料 : a.定額 円を負担 b.日臨工補助を希望 (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 請求書に基づき、当会へ振り込んでください	
6.詳細確認及び 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 <input type="checkbox"/> 承認する ・ <input type="checkbox"/> 承認しない (理由等： )		
備考	※後援申請 <input type="checkbox"/>	承認印1	承認印2
	単位付与申請 <input type="checkbox"/>		