

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床工学技士会
(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
	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

審査結果は
こちらに郵送

ご担当者名は必ず
ご記入ください

申請者と同一
※名称の省略は不可

【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 <input type="checkbox"/> 承認する ・ <input type="checkbox"/> 承認しない (理由等：)		
備考	※単位付与申請 <input type="checkbox"/>	承認印1	承認印2
	講師派遣申請 <input type="checkbox"/>		

※様式を変更せずご使用ください。