

地域活動(健康祭り等)薬剤師派遣依頼申請書(様式)

令和 年 月 日

下記のとおり、地域活動への薬剤師の派遣・協力を依頼いたします。

1. ご依頼元情報

- 申請機関名: _____
- ご担当者名: _____
- 電話番号: _____
- FAX番号: _____

2. イベント概要

事業名: _____ (例: ○○地区 健康祭り、○○町 健康教室 など)

開催日時: 令和 年 月 日 (

午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分

(※薬剤師の拘束時間: 準備開始 : ~ 片付け終了 : まで)

- 開催場所(会場名・住所): _____
- 駐車場の有無: あり(ある場合は場所: _____)・なし
- 対象者および予定参加人数: 対象: _____ 予定人数: 約 _____ 名
- 報酬: _____

3. ご依頼内容詳細

- 依頼内容(該当するものにチェックを入れ、具体的にご記入ください)
 - お薬相談コーナー(ブースでの個別相談対応)
 - 健康・おくすりに関するミニ講演(テーマ: _____)
 - 各種測定のサポート(測定項目: 血管年齢・貧血測定)
 - その他(_____)
- 必要とする薬剤師の人数: _____ 約 _____ 名程度(日程、規模により要望に沿えないことがあります)
- 参加可否の回答希望日(受諾可否のお返事期限): 令和 年 月 日
(※当会での公募・調整に日数を要するため、余裕を持ったお日にちをご設定ください)
- その他・備考(ご要望事項や、会場設備に関する注意事項など)

[_____]

【ご提出・お問い合わせ先】 大和郡山市薬剤師会 事務局 FAX [薬局メールボックス柳町0743-52-1575]

※原則として開催日の2ヶ月前までに特に地区の祭りの場合は2か月前にかかわらず7月末までにご提出をお願いいたします。 ※ご依頼の受付後、当会にて参加者を公募・調整のうえ、後日担当者より正式な受諾可否および派遣者等のご連絡をさせていただきます。

【薬剤師会事務局記入欄】 ※ここから下は記入しないでください。

- 受付日: _____ 月 _____ 日
- 会員公募日: _____ 月 _____ 日
- 回答日: _____ 月 _____ 日(回答方法: FAX: _____)
- 派遣決定者: _____