

(様式1)

平成 年 月 日

札幌医科大学保健医療学部
同窓会長 本庄 睦子 様

所属 等 _____

職・氏名 _____ (印)

連絡先 _____ (内線 _____)

平成 年度札幌医科大学保健医療学部同窓会卒後研修会・学会等助成 (申込書)

本年度の上記助成金について、次のとおり申し込み致します。

研修会等名称 主催者	
開催年月日 場 所 参集人数	
開催内容 (目的、対象者 など概要を記 す)	
助成希望額	1 助成希望金額 _____ 円

(注) 開催資料等を一部添付してください。欄が不足の場合は、別紙を追加し記載してください。