

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

川崎医療福祉大学同窓会
保健看護学科支部長 様

申請者 住所
ふりがな
氏名
卒業年度 (期)
電話番号
e-mail

川崎医療福祉大学同窓会保健看護学科支部同窓生研究発表助成金交付申請書

同窓生研究発表助成金の交付を受けたいので、川崎医療福祉大学同窓会保健看護学科支部同窓生学会発表助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1. 助成金交付申請額 _____ 円

2. 学会発表にかかる経費の内訳

参加費・登録料	交通費	宿泊費	合計
円	円	円	円

3. 学会発表の区分（該当する番号を○で囲み、カッコ内に必要事項を記入してください）

1 国内学会（学会名： _____）

（会期： _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日）

2 海外学会（学会名： _____）

（会期： _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日）

4. 学会発表日・場所 _____ 年 月 日・場所（ _____ ）

5. 発表演題

演題名	
発表者氏名	
発表区分	口述 ・ 示説（ポスター）

添付書類

- (1) 学会発表を証明できる書類
- (2) 学会発表に要した費用の領収書
- (3) その他支部長が必要と認める書類

川崎医療福祉大学同窓会保健看護学科支部同窓生研究発表助成金交付請求書

年 月 日

川崎医療福祉大学同窓会
保健看護学科支部長 様

申請者 住 所

氏 名

川崎医療福祉大学同窓会保健看護学科支部同窓生研究発表助成金を
次のとおり請求します。

請 求 金 額	円	
振 込 先	金融機関名	支店・本店
	口座種別 普通・当座	口座番号
	フリガナ	
	口座名義人	

※申請者が口座名義人の振込先を記入してください。

申請者が口座名義人でない場合、振込できません。

同窓会費納入状況の確認について

年 月 日

川崎医療福祉大学同窓会
保健看護学科支部長 様

住 所 _____

氏 名 (自署) _____

※必ず申請者本人が自署してください。

川崎医療福祉大学同窓会保健看護学科支部同窓生研究発表助成金に係る申請書を提出するにあたり、私の同窓会費納入状況について、確認が行われることに同意します。

記

※太枠内に必要事項を記入してください。

ふりがな 在学中の氏名	
生年月日	
学籍番号 ※不明な場合は空欄で可	
同窓会費納入状況 ※同窓会記入欄 記入しないでください	<input type="checkbox"/> 納入済 (納入年月日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未 納 確認年月日： 年 月 日 担 当 者：

同窓生名簿への住所未登録者については、上記の住所を登録することとし、本書の提出をもって、登録に同意したものとします。