

令和 年度公益財団法人川崎医学・医療福祉学振興会
地域連携・交流事業助成申請書

公益財団法人
川崎医学・医療福祉学振興会 理事長 殿

1 申請代表者氏名 _____ (印)

2 所属機関・部門・職名

3 所属機関所在地
〒 _____

Tel :

E-mail :

4 行事名

5 事業の概略

(1) 期 日

(2) 会 場

(3) 人 員 (予定)

(4) 受講料の有無 有 1人 円 ・ 無

6 岡山県内の教育研究機関と地域社会との連携・交流に係る内容 (具体的に)

7 事業に要する経費

総経費	円	内 訳	
		講師謝礼	円
		資料作成費	円
		通信費	円
		その他	円
		※「その他」の具体的な内容；	

上記の申請者を地域連携・交流助成候補者として推薦いたします。

年 月 日

推薦者 所属機関・部門・職名

氏 名

(印)

地域連携・交流事業要約 (A 4 用紙 1 枚、10 ポイント)

* この「要約」には、次の項目について順次記入してください。

- 1) 目的
- 2) 実施方法
- 3) 期待される効果
- 4) 本行事 (または類似行事) の助成の実績 (行事名、時期、助成団体名等)

** 行事に係る開催要項等を添付してください。

*** 学会の場合、収入に関する予算書を添付してください。