様式2-1

**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・交流助成申請書**

年　　　月　　　日

公益財団法人 川崎医学・医療福祉学振興会　 理事長 殿

1.
2. 所属機関・部門・職名
3. 所属機関所在地・連絡先

〒　　　－

Tel： E-mail：

1. 行事名
2. 事業の概略
3. 期　日
4. 会　場
5. 人　員（予定）
6. 受講料の有無 有　１人　　　　円　・　無
7. 事業に要する経費

総経費 円

* 具体的な経費内訳を別紙様式で作成し、添付してください。
1. 推薦者　所属機関・部門・職名・氏名

様式2-2

地域連携・交流事業要約（Ａ４用紙１枚、10ポイント）

１）目的

２）実施方法

３）岡山県内の教育研究機関や地域社会といかに連携・交流し、その結果、どのような効果が期待されるのか。

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。