

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

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

(ふりがな)

1 申請代表者氏名_____

2 所属機関・部門・職名

3 所属機関所在地・連絡先
〒 _____

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 事業に要する経費

総経費

円

内 訳

講師謝礼

資料作成費

通信費

その他

※「その他」の具体的な内容；

円

円

円

円

7 推薦者 所属機関・部門・職名・氏名

地域連携・交流事業要約（A 4 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。