愛知医科大学看護学部同窓会事業クラス会等への補助

　申請用紙

申請日　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 参加人数 | 名 |
| 会の名称 |  |
| 開催日時 | 年　　月　　日 | 会場名 |
| 代表者氏名及び連絡先 | 様 | ℡（　　　）　　－ |
| 参加者氏名※上段には学籍番号，下段には氏名を記載してください。　学籍番号が不明な場合は，卒業(修了)年を記載してください。尚、参加者が30名を超える場合は別表１に記入してください。 |  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
| 本書以外の提出書類 | □案内文書　□領収書　□会の感想と写真　□助成金申請書兼受領書 |

愛知医科大学看護学部同窓会事業クラス会等への補助（別表１）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名※上段には学籍番号、下段には氏名を記載してください。 |  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |
|  |  |  |
| 様 | 様 | 様 |