

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	会場名	
代表者氏名 及び連絡先	様		TEL (      ) —	
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
	様		様	様
本 書 以 外 の 提 出 書 類	<input type="checkbox"/> 案内文書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 会の感想と写真 <input type="checkbox"/> 助成金申請書兼受領書			

