

日本小児科学会埼玉地方会 助成金申請書

年 月 日

申請者氏名		所属 _____	
メールアドレス		連絡先 TEL / _____	
会の名称			
会 期	西暦 年 月 日 () ~ 西暦 年 月 日 ()		
会 場	会場名 : 住所 :		
参加申し込み数	名	日本小児科学会 専門医資格認定単位	有 ・ 無
			点
主 催 (後援)	主催 : 会長名 : 後援 :		
備 考 添 付 資 料	<input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 趣意書 (寄付金申込書)		

受付日	役員会承認	会 長	事 務 局	振込日 (振込金額)
				_____年 月 日 _____円

【原則以下の事項を満たしている会について、埼玉地方会役員会 (5月・12月) の承認を得て助成金の交付を受けることができる。】

- ・ 日本小児科学会埼玉地方会会員の先生方が主催する。
- ・ 埼玉県内での会場にて開催される。
- ・ 広域な学術集会および研究会

※日本小児科学会の専門医資格認定単位の取得点数を有することが望ましい。