様式１

日本プライマリ･ケア連合学会鹿児島県支部　セミナー助成金 申請書

令和　　年　　月　　日

　日本プライマリ･ケア連合学会

　鹿児島県支部長　殿

申請者（〒・所在地・名称・代表者・印）

連絡担当者氏名・TEL・FAX・e-メールアドレス

鹿児島県支部セミナー助成金申請について、下記を了承の上申請いたします。

１　申請は鹿児島県内の活動に限る。

２　申請は同団体において年度内１回とする。

３　交付額上限は10万円とし、下記の項目を助成対象とする。

　１）講師謝金、スタッフ人件費、旅費、会場借料、物品購入費、消耗品費、印刷費、

郵送費、会議費（茶菓代含む）。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修会名称 |  | | |
| 主催者 |  | 共催 |  |
| 日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）から  令和　　　年　　　月　　　日（　　）まで　　　日間  開始時刻：　　　時　　　分より  終了時刻：　　　時　　　分まで | | |
| 場所名称  　　住所 | 出席予定人数　　　　名　（学生・研修医以外の参加：　可　・　否　） | | |
| 開催内容  演題  講師  研修内容  研修時間（分）  受講費  （ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ添付可） |  | | |

様式２

収支予算

収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 金額 | 備考 |
| 助成金収入 |  |  |
| 自己資金 |  |  |
| その他収入 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |

※鹿児島県支部からの助成金上限は10万円となります。

支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 金額 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |