様式２

**学術助成金申請書**

一般社団法人長野県診療放射線技師会

会長殿

貴会の助成金等運用規程に基づき、学術助成金の申請をいたします。

申請日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請団体名 |  |
| 団体  所在地 | 〒  　　　　　都道府県 |
| 開催事業名  開催場所 | 開催事業名  開催場所  開催日時 |
| 代表者氏名 | 役職名　　　　　　　　　　　　氏名 |
| 連絡先 | 〒  　　　　　都道府県  TEL　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail |
| 開催事業の概要 | 提出書類：□趣意書　□開催事業プログラム |
| 参加対象者 | 診療放射線技師　　医療職種（医師･看護師･検査技師･その他）　　一般市民 |
| 参加者範囲 | 全国　　長野県全県　　その他（　　　　　　　　　　　　　　）　参加予定人数（　　　　）名 |
| 助成金  振込口座 | 銀行　　　　　（普通・当座）　口座番号  口座名義　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊個人名義の口座はお受けできません |

助成金受給にあたっては、貴会助成金等運用規程を遵守いたします。

平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印