公益財団法人　富徳会

２ページ以内厳守

申請書SHB-1

２０２４年度　海外歯科保健医療活動助成金申請書

|  |  |
| --- | --- |
| １．申請者(または申請団体代表者)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2024年　　月　　日現在 | |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 団 体 代 表 者 |  |
| 大学・学校名、学年 |  |
| 団 体 名 |  |
| ３．大学・学校の公認団体であることの証明（学生課長などの責任者の承認） | |
| 役職：　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名： | |
| ①上記団体は大学・学校が認めた団体です。  　　②当該活動は学生自らが企画したもので、大学・学校のカリキュラムではありません。 | |
| ４．団体責任者 | |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 氏 名 |  |
| 所属機関・役職 |  |
| 推　薦　理　由 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ５．活動計画 | |
| １）活 動 名 |  |
| ２）活動責任者 | 氏名 |
| 所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　役職： |
| ３）活動の対象国および受入れ団体名・責任者（現地のカウンターパート） | |
|  | |

団体名：

|  |
| --- |
| ４）活動日程および滞在期間 |
|  |
| ５）活動目的、必用性及び期待される効果 |
|  |
| ６）活動内容（海外への派遣人数、参加総人数、対象者、具体的活動内容など） |
|  |
| ７）活動総予算 |
|  |
| ８）希望申請額（30万円以内）、名目と金額　；具体的に記載してください。 |
|  |
| ６．当該団体の過去の活動実績（直近の３年間） |
|  |
| ７．同様に活動で、他の助成への応募の有無 |
| 無　　　　有（応募した助成の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |