　　 　　公益財団法人　　富　徳　会

2020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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　２０２０年　 　月　 　日現在 | | |
| ふ り が な |  | |
| 団体代表者名 |  | |
| 大学 ・学校名、学年 |  | |
| 団 体 名 |  | |
| ２．申請者連絡先 | | |
| e-mail |  | |
| 電話 |  | |
| ３．大学・学校の認可団体であることの証明(学生課長など）： | | |
| 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 | | |
| ふ り が な |  | ㊞ |
| 氏　　　 名 |  |
| 所属機関 ・ 役　職 |  | |
| 所属機関住所 | 〒 | |
| 電話 | |
| e-mａｉｌ | ＠ | |
| 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･責任者名（現地のカウンターパート） | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| ４）活動日程および滞在期間：（出国から帰国まで記入） |
|  |
| ５）活動目的、必要性および期待される成果： |
|  |
| 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（できるだけ具体的に記載） |
|  |
| ６．過去の活動実績(直近の３年間） |
|  |
| ７．同様の活動での他の助成への応募の有無 |
| 無　　　　有　　（応募した助成の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　） |