

公益財団法人 鈴木万平糖尿病財団
令和 2 年度 会議・シンポジウム助成申請書

令和 元 年 月 日

申請者（主催責任者）	
氏名（ふりがな）：	（ ） 印
所属機関・部所：	
役 職：	
所 在 地：	〒（ - ）
TEL	FAX
e-mail	

会議・シンポジウム助成に応募したく、下記のとおり申請します。

記

1. 主催機関（企画会社等は不可）	
名 称：	
所 在 地：	（〒 - ） TEL
【連絡先】	
担当者名：	TEL
（ふりがな）	（ ） FAX
	e-mail
2. 会議・シンポジウムの名称	
和文名称：	
英文名称：	
3. 開催期間	
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
4. 開催会場（都市名）	
会 場：	（ ）
5. 目的・意義	

6. 助成を必要とする理由及び用途	
〔理 由〕	
〔使 途〕	
7. 参加予定人数	
名（予定）	
8. 計画の概要 （プログラム等の添付で可）	
9. 他のシンポジウム・学会等との共催	
（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ） *「有」の場合は、その規模・予算等を記入	
10. 他の機関等への助成の申請（予定）及び採択された助成金	
（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ） *予定を含め「有」の場合は、機関名、助成金額等を記入	