

様式1

札幌医科大学保健医療学部同窓会 交流会助成金申請書

申請日 年 月 日

主催者氏名	学科 卒業期 期
主催者住所	〒
主催者電話番号	
主催者電子メール	
交流会開催日時	年 月 日 ( : ~ : )
交流会開催場所	
参加人数	計 人 (会員数 人、その他 人)