

東日本大震災における被災者支援活動に対する助成金申込書

平成 年 月 日

新潟県医師会長 あて

団体住所

団体代表者及び職名氏名

印

標記助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申込いたします。

記

1. 団体の概要

団 体 名			
団 体 の 設立目的			
設立年月	平成 昭和 年 月 日	団体の会員等 の加入者数	人 (平成 年 月現在)
代表者の 連 絡 先	T E L		
	メール		
団体役員の状況			
役職	氏 名	住 所	勤務先等

2. 震災にかかる支援活動の状況等

支援活動の実績と 今後の活動予定	
助成希望額と使途 (原則上限 100 万円)	

提出先：新潟県医師会事務局（〒951-8581 新潟市中央区医学町通 2-13）

締切り：平成 23 年 9 月 30 日（消印有効）