

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:	(印)
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: )