申請者（招へいする施設）に関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者  （自署・押印）  ※申請者は原則として病院長とする |  |
| 所属機関  所在地・連絡先 |  |
| 招へい理由 |  |
| 担当者  所属部署・連絡先 |  |

招へいされる者（被招へい者）に関する事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被招へい者の氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日（年齢） | 年　　月　　日生　（　　　）才 | | |
| 所属先・職名  所在地・連絡先 |  | | |
| 被招へい者略歴 |  | | |
| 被招へい者業績等 |  | | |

招へい期間・内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 招へい期間 | 年　　月　　日　～　年　　月　　日　（　）日間 | |
| 招へい期間の活動内容 | 月　日 | 活動内容 |
|  |  |

助成希望額

|  |  |
| --- | --- |
| 合計 | 千円 |
| 内訳 |  |