日本骨粗鬆症学会メディカルスタッフトラベルグラント制度

2024年度申請書

（提出日：西暦　　　　 年 　　月 　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日  （西暦） | 年 　　月 　　日  　 （満　　 　歳） |
| ローマ字 |  |
| 所属機関名  ※ 正式名称 |  | 職　　種 | |
|  | |
| 所属機関住所 | 〒 | TEL  FAX  e-mail | (　　 　　) 　 　　-  ( 　　　　) -  ＠ |
| 参加学会名称 |  | | |
| 会期  (西暦) | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| 発表演題名  著者リスト |  | | |
| 所属機関  責任者署名 |  | | |
| 重複受取の  同意について  ※□にチェック  してください | □ 下記について了承のうえ申請します.  ・他のトラベルグラントと重複していない.  ・重複受取が判明した場合は本会のトラベルグラント採択が取消され，助成金を返金する． | | |
| ※下記書類について，PDFをWeb申請フォームから提出してください．  ① 申請書（本様式）  ② 発表演題の抄録（写し,スクリーンショット,等）  ③ 現地参加したことがわかる書類（参加証の写し,参加登録の記録,等） | | | |