

## 支部補助金（通信費）申請書

年 月 日

北海道医療大学薬学部同窓会

会長 殿

支部名

役 職

氏 名 (印)

次の書類を添え、 年度 支部補助金（通信費）の交付を申請いたします。

申請金額 \_\_\_\_\_円

添付書類 (1)送付内容物（コピー可）

(2)領 収 書（裏面に貼ること）

(3)振 込 先（銀行口座）

\_\_\_\_\_銀行 \_\_\_\_\_支店

口座番号（普・当） \_\_\_\_\_

口座名義 \_\_\_\_\_

- \* 本申請書の提出により、該当年度一回に限り支部会員宛の通信費が補助されます。
- \* 一通の上限は、往復はがき料金といたします。
- \* 提出期限は、該当年度の2月末日（期限厳守）です。
- \* 送付先：〒061-0293 北海道石狩郡当別町金沢 1757 北海道医療大学薬学部同窓会事務局

<本部事務局記入欄>

事務局	会 長	会 計
/	/	/