

助成事業募集要項

助成対象事業	<ul style="list-style-type: none">① 「耳鼻咽喉科学領域の医師、研究者、医療従事者の国内、海外の学術集会、医療技術研修参加に関する助成」② 「耳鼻咽喉科領域の講演会、研修会、セミナー等の開催、協賛」③ 「学術会議助成事業」
助成対象者	耳鼻咽喉科領域の医師、医療従事者、および医療従事者が中心となる関連団体 ※沖縄県在住で沖縄県内の医療機関に務めている方
助成金額	<ul style="list-style-type: none">① 必要資金の全部又は一部(旅費等の実費についての助成。上限 15 万円、但し国外の場合はその限りではない)② 20 万円を上限として助成する。③ 応募のあった寄付金を助成
応募方法	<ul style="list-style-type: none">① (様式 4-1)(様式 5)、関係資料② (様式 4-1)(様式 4-2)、関係資料③ (様式 13)、関係資料 ※ 当法人所定の様式にご記入の上、関係資料を添えて当法人宛、郵送または eメールにてお送り下さい。 ※各募集内容の詳細、応募に関する関係資料等につきましては事務局へお問い合わせください。
審査方法	助成事業審査委員会の審査後、理事会の承認を得る。
報告	助成金を受けた者は、事業終了後、当法人へ報告書を提出する。
送付先	公益社団法人 琉球耳鼻咽喉科学研究振興会 〒903-0215 沖縄県中頭郡西原町字上原 207 番地臨床研究棟 911 号室 TEL: 098-895-6070 (FAX 兼) Email: ryu_zi_sin@yahoo.co.jp

公益社団法人 琉球耳鼻咽喉科学研究振興会
助成事業適用申請願

令和 年 月 日

公益社団法人琉球耳鼻咽喉科学研究振興会
会 長 殿

下記テーマについて資金の助成を受けたく、別紙制定書類を添付の上、令和 年度公益社団法人琉球耳鼻咽喉科学研究振興会の助成金の交付を申請致します。

記

フリガナ				生年 月日		年 月 日	
申請者氏名		印					
住 所		連絡先 TEL: ()					
勤務先	名称						
	住所						
	TEL	()	FAX	()			
申請金額							
《申請テーマ》							
《事業の分類》 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科学領域に関する調査研究並びに助成事業 <input type="checkbox"/> 医師、研究者、医療従事者の育成及び医学生への教育並びに助成事業 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科学領域の奨学金事業 <input type="checkbox"/> 各号に掲げる事業の国、地方公共団体又は関連団体からの受託並びに助成事業 <input type="checkbox"/> この法人の活動の成果公表に関する事業							
《申請テーマの目的・概要》							

公益社団法人 琉球耳鼻咽喉科学研究振興会
助成事業適用申請願

《申請テーマの計画・スケジュール》

様式 5

公益社団法人 琉球耳鼻咽喉科学研究振興会
学会・研修会参加申請願

令和 年 月 日

公益社団法人琉球耳鼻咽喉科学研究振興会
会 長 殿

下記学会・研修会に参加するため、旅費及び参加費の助成交付を申請致します。

記

フリガナ			
申請者氏名	印	助成事業 番号	
学会・研修会名			
会 期	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日		
旅行日程	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日		
場 所			
備 考			

決 裁 欄	会 長	等級_____ 金額_____
		令和 年 月 日
		助成事業審査委員審査委員長 印

学会助成申請書

申請者() 申請日:令和 年 月 日

学術集会名	
開催日	令和 年 月 日()～令和 年 月 日()
開催場所	
会長名	
所属	
連絡先	担当者
	住所〒
	TEL: FAX:
	E-mail:
概要	参加予定者数 (国内 人) (国外 人)
備考	

※ 太枠内をご記入下さい。

RSPO 使用欄

受付日	承認日	学会終了確認	備考