（別添様式１）

令和６年度臓器移植院内コーディネーター等に対する学会等参加費助成事業申請書

　公益財団法人熊本県移植医療推進財団

　　代表理事　福田　稠　様

（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

　標記助成事業について、下記のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 参加者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 |  |
| 連絡先 | （電話） |
| （メール） |
| 参加希望学会等 | （名称） |
| （期間） |
| （場所） |
| 勤務先 | （施設名） |
| （職種） |
| 熊本県の院内コーディネーター登録 | □登録（依頼状交付）済み□今後、院内コーディネーターとして登録予定 |

（別添様式２）

令和６年度臓器移植院内コーディネーター等に対する学会等参加費助成事業

参加報告書

　公益財団法人熊本県移植医療推進財団

　　代表理事　福田　稠　様

（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| 参加学会等名称 |  |
| 実施期間 |  |
| 開催方法・場所 | □WEB□実地（開催場所名称等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 学会等内容 |  |
| 所管 |  |
| 今後の課題 |  |
| その他（自施設の取組みへの活用方法など） |  |

※学会等終了後（交付決定が学会等参加後の場合は、交付決定の日から）30日以内に（公財）熊本県移植医療推進財団事務局へ提出すること。

（別添様式３）

令和６年度臓器移植院内コーディネーター等に対する学会等参加費助成金交付請求書

令和　　年　　月　　日付け熊移推第　　　　号で交付決定のありました標記について、下記の額を交付いただきますよう、必要書類を添えて請求します。

記

請求額：　金　　　　　　　　　　　　　　　円

（内訳）

　　・学会等参加（登録費）：　　　　　　　　　　円

　　・旅　　　　　　　　費：　　　　　　　　　　円

令和　　　　年　　　　月　　　　日

（助成対象者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　氏名：

　公益財団法人熊本県移植医療推進財団

　　　代表理事　福田　稠　様

（注）以下の書類を必ず添付してください。なお、領収書等の添付のないものについては、お支払いできません。

　・支払った額を証明する書類（参加（登録）及び旅費に係る領収書、クレジットカードの明細書等）

※申請者本人が支払ったことが分かるもの。

　・口座振込依頼書（交付額の確定後、助成金を振り込む口座情報）