

様式第1号（第4条）

平成 年 月 日

茨城県立医療大学後援会
会長 殿

申請者 学科 年次
学籍番号
氏名 印

茨城県立医療大学後援会福利厚生費助成金交付申請書

標記助成金の交付を受けたいので、茨城県立医療大学後援会福利厚生費助成金等交付規程第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

申請金額	実施日	経費の内訳（単価及び数量等を経費ごとに記入すること。）	摘要
円		インフルエンザ予防接種費用 円	

（注）必ず医療機関の領収書を添付すること。