**公益財団法人国際耳鼻咽喉科学振興会**

**医学教育事業助成申請書**

公益財団法人国際耳鼻咽喉科学振興会

理事長　野村 恭也 殿

申込日：　　　年　　　月　 　日

|  |  |
| --- | --- |
| 学会/団体名 |  |
| フリガナ  申請者氏名  役職 | フリガナ：  印  氏　　名：  役　　職： |
| 学会/団体の  住所  連絡先 | 〒  住所：  TEL：  FAX：  e-mail： |
| 事務局担当者  氏　名  連絡先 | 氏名：  TEL：  FAX：  e-mail： |
| 学会/団体  代表者 | 役職：  印  氏名： |

1. 申請対象となる医学教育事業の正式名称

|  |  |
| --- | --- |
| 正式名称 |  |

1. 申請金額

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金申請額 | 円 |
| 申請する医学教育事業にかかる  事業総予算 | 円 |

1. 対象とする教育事業

※申請対象となる医学教育事業を選択してください。

|  |
| --- |
| ハンズオンセミナー　　国際学術関連　　　感染症に関するセミナー |

1. 医学教育事業の対象者

※対象となる主な医療関係者と想定される人数について記載してください。

|  |
| --- |
| 主な医療関係者：医師　　医学部学生　　薬剤師　　看護師  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  対象となる医療関係者の想定人数：　　　　　　人 |

1. 医学教育事業の必要性 / 目的　（文字数の目安　600文字）

|  |
| --- |
|  |

1. 医学教育事業の計画・方法等　（文字数の目安　1000文字）

|  |
| --- |
|  |

1. 医学教育事業の期間・スケジュール　（文字数の目安　200文字）

|  |
| --- |
|  |

1. 医学教育事業の内外への周知方法と成果の共有方法（文字数の目安　400文字）

|  |
| --- |
|  |