**セミナー・シンポジウム・研究会助成推薦書**

（2025年度）

　　2025年　　月　　日

公益財団法人　日本スポーツ医学財団

代表理事　松　本　　秀　男　　　殿

「推薦者」

学会名または所属機関・団体名

理事長または所属長（自署）

所在地

　 　〒

　 電話番号

貴財団のセミナー・シンポジウム・研究会助成を下記の通り推薦します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表申請者 | 氏名（ふりがな）  生年月日　　　　　　　年　　月　　日生  所属機関・役職  所属機関所在地  　〒  電話番号　　　　　　　　　（内線　　　　） | | | |
| セミナー・シンポジウム・  研究会名 |  | | | |
| 所属学会  （該当に〇を記入） | 日本臨床スポーツ医学会 | 日本スポーツ整形外科学会 | 日本アスレティックトレーニング学会 | 日本スポーツ理学療法学会 |
|  |  |  |  |

以　　上

**セミナー・シンポジウム・研究会　助成申請書**

　2025年　　月　　日

公益財団法人　日本スポーツ医学財団

代表理事　松　本　　秀　男　　殿

セミナー・シンポジウム・研究会に対する貴財団の助成を下記の通り申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| セミナー・シンポジウム・研究会の名称 |  |
| 対象者 |  |
| 参加人数 | 約　　　　　　　　　　　　名 |
| 日時 | 20　　年　月　日、　　：　　～　　： |
| 場所 |  |
| 助成希望金額 | (\1,000,000以内) |
| セミナー・  シンポジウム・  研究会の目的 |  |
| 共催組織等 |  |
| その他　本セミナー・シンポジウム・研究会の開催に関して、助成をアピールするポイント） |  |

**予算**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **収入見込み** | | **支出予定** | |
| 内訳 | 金額 | 内訳 | 金額 |
| 参加費 |  | 会場費 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（記入注意）　1.黒色のボールペン、ワープロ等により、明瞭にご記入ください。

　　　　　　　2.用紙が不足した場合は、同型別紙をご使用ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請組織及び  代表者氏名  住所、連絡先 | 〒  Tel: Fax: E-mail: |