

札幌医科大学保健医療学部同窓会 交流会開催助成規約

名称

第1条 札幌医科大学保健医療学部同窓会交流会開催補助金（以下、補助金）と称する。

目的

第2条 札幌医科大学保健医療学部同窓会会員の交流を深めるため。

助成対象者

第3条 本助成の対象は、下記1～6の全ての項目に該当する者とする。

1. 主催者は札幌医科大学保健医療学部同窓会の会員であること
2. 参加者が8名以上であること
3. 参加者の3分の2以上が会員であること
4. 所定の用紙（様式1～4）を本会に提出した者。
5. 交流会を開催したことを証明できる書類（領収書や交流会のしおりなど）を提出した者
6. 様式2は会員の自署であること

申請手続き

第4条 本助成の手続きは下記の手続きを踏む

1. 申請者は交流会開催日の2か月前までに申請書（様式1）を同窓会宛（alumni-shs@sapmed.ac.jp）提出する
2. 支給の可否の連絡を交流会開催助成選定委員会より受ける
3. 交流会の開催後、様式4を同窓会宛（alumni-shs@sapmed.ac.jp）提出する
4. 様式2、3と、開催されたことを証明する書類（領収書や交流会のしおり）を同窓会宛に郵送する

あて先

〒060-8556 札幌市中央区南1条西17丁目 札幌医科大学学務課保健医療学部 気付
札幌医科大学同窓会交流会 担当行

補助金の支給

第5条 補助金の支給にあたっては下記の手続きを踏む。

1. 申請があった場合、同窓会長より指名を受けた各学科の代表1名、計3名により構成された交流会開催助成選定委員会で支給の可否を決定する
2. 決定後に申請者と幹事にメールにて報告を行い、ホームページ上に決定情報を掲載する
3. 交流会開催助成選定委員会が提出された書類（様式2～4、領収書や交流会のしおりなど）をもとに支給の可否についての最終確認を行う
4. 交流会開催助成選定委員会の決定をもとに会計係が振り込みをおこなう

助成金の構成

第6条 助成金は札幌医科大学保健医療学部同窓会予算から支出する。

第7条 助成金は参加人数が15名までの場合は壹萬円、16名以上の場合は貳萬円を支給する

第8条 助成金の支給は年に5件まで受け付ける

提出された情報の取扱い

第9条 様式2で得られた情報は同窓会名簿の更新のためのみに使用される。その他の用途には用いない。

第10条 様式4で報告された情報についてはホームページに掲載される

付則. 1

規約第3条第5項の連絡先は (asari.tsuyoshi@sapmed.ac.jp 浅利剛史宛) とする。

様式 1

札幌医科大学保健医療学部同窓会 交流会助成金申請書

申請日 年 月 日

主催者氏名	学科 卒業期 期
主催者住所	〒
主催者電話番号	
主催者電子メール	
交流会開催日時	年 月 日 (: ~ :)
交流会開催場所	
参加人数	計 人 (会員数 人、その他 人)

札幌医科大学保健医療学部同窓会 交流会 参加者名簿

申請日 年 月 日

短大 学部 大学院	期	氏名 (旧姓)	看護 作業療法 理学療法	学科
住所	〒			
電話番号				
所属先				
メールアドレス	@			
短大 学部 大学院	期	氏名 (旧姓)	看護 作業療法 理学療法	学科
住所	〒			
電話番号				
所属先				
メールアドレス	@			
短大 学部 大学院	期	氏名 (旧姓)	看護 作業療法 理学療法	学科
住所	〒			
電話番号				
所属先				
メールアドレス	@			

※ 本様式に記入していただく目的は同窓会名簿情報を更新するためです。
同窓会活動の目的外で使用することはいっさいございません。

口座振替申出書

札幌医科大学保健医療学部同窓会
同窓会長 様

〒
住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

電話番号(自宅又は携帯) _____ - _____

札幌医科大学保健医療学部同窓会から私あてに支払われる交流補助金については、下記により口座振替払いしていただきたく、申し出ます。

記

振込先金融機関	銀行	支店
フリガナ		
口座名義		
預金種目	普通預金 ・ 当座預金 ・ 貯蓄預金	
口座番号		

※ 預金種目は、当該事項を○で囲むこと。

※ 本人の口座であること。(氏名に必ずフリガナを付けること。)

札幌医科大学保健医療学部同窓会 交流会助成金 開催報告書

主催者氏名	学科 卒業期 期
主催者電子メール	
交流会開催日時	年 月 日 (: ~ :)
交流会開催場所	
参加人数	計 人 (会員数 人、その他 人)
開催概要	