

平成 年 月 日

小郡三井医師会

会長 丸山 泉 殿

小郡三井医師会文化活動支援申込書	
活動の内容	
代表者のお名前	
参加者名と人数 (現時点で分かる 範囲で結構です) 参加者は小郡三井 医師会員	
支援金要望額	
支援金用途	

支援金決定額 (理事会で記入します)	
-----------------------	--

- * 支援金の支払については、平成 14 年 12 月 10 日付け親睦・厚生委員会の答申より、参加者より各 1,000 円以上の会費徴収を原則としております。
- * 支援額は理事会で検討の上決定いたします。