

# 学生団体助成金支払願

年 月 日

香川県立保健医療大学後援会長 殿

(代表者)

サークル名

所 属 保健医療学研究科

保健医療学部 ( 学科)

学 年 年

学籍番号

氏 名

学生団体活動助成金交付要綱第2条により、次のとおり支出しましたので、助成金の支払いをお願いします。

記

1 支出内容

2 金 額 円 (決定額の範囲内であること)

上記について確認しました。

顧問

印

※領収書等支払内容がわかるものを添付してください。

支出前に助成金が必要な場合は申し出てください。