獣医同窓会会長殿

申請者卒業期と氏名：　期　　　　　　　　　　　　.

連絡用メールアドレス：

連絡用電話番号：

**助成金申請願い**

　　　申請月日：

　　　開催月日：

　　　開催区分（○を付ける）：　支部同窓会、　10・20・30・40・50周年記念同期会、その他

　　　名称：

　　　開催場所住所：

　　　開催場所名：

　　　参加人数：

　　　助成金振込口座：　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　支店

　名　義：

　ふりがな：

　種　類：　　　　　　　　普通　　・　　当座

　口座番号：

　　　講演者名：

　　　講演内容：