**第15回熊本エイズセミナー 旅費支援申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 　　名 |  |
| 生年月日 |  | 年齢　　　　　　　歳 |
| 現 住 所 | 〒 |
| 所　　　属 | （部局、分野等詳細をご記入ください） |
| 所属住所 | 〒 |
| 職名／学年 |  |
| Tel　 |  |
| Fax　 |  |
| e-mail |  |
| PI（指導教員） | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名： |
| 所属： |
| e-mail： |
| Category | A or B　　←どちらかに○を付けてください |
|  |  |
| 本セミナーに参加する動機（200～400文字）　枠内に収まるようにご記入ください。 |
|  |