**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。 | | |
|  | | |