**日本臨床倫理学会　御中**

Japan Association for Clinical Ethics（JACE）

**地域臨床倫理活動助成金申請書**

応募日：2025年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 |  |
| 申請事業 | 地域臨床倫理活動 |
| 申請（希望）金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円(万円単位) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 |  | 印鑑 |
| 代表者氏名 |  |
| 団体所在地（代表者所属先） |  |  |
|  |
|  |
| 代表者（担当者）連絡先 |  |  |
|  |
|  |

（注）

団体名は、通称名でも可能です。

代表者は日本臨床倫理学会の会員であることが必要ですので、会員番号をお書きください。

連絡先にはメールのアドレスも書いてください。

押印できない場合は、理由をお教えください。

適宜必要に応じて紙面を増やしてください。

**活動の趣旨・概要を下記にお書きください。**

**活動計画書**

**活動予算の概要**