

募 金 活 動 等 願

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

(代表者)

所 属 保健医療学研究科

助産学専攻科

保健医療学部 (学科)

学 年 年

学籍番号

氏 名

次のとおり募金活動等（募金活動 ・ 物品販売 ・ 署名活動 ・ その他 ）
を行いたいのので、承認くださるようお願いいたします。

主 催 団 体 名	
活 動 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
活 動 目 的	
活動計画の概要	
参加予定人員	
備 考	

注 主催団体が学生団体である場合は、備考欄に顧問教職員の承認印を押印すること。