

申請日 年 月 日

# 全学同窓会 表彰ポイント申請書

大阪医療福祉専門学校 全学同窓会

フリガナ			
氏名			
卒業学科		卒業年度	年 月卒業
勤務施設名			
所属			
連絡先住所 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒		
TEL	(連絡が取れるもの)		

添付書類番号	ポイントを換算する活動記録		ポイント数
例	研修会参加	令和2年度 片麻痺の理学療法（技術研修会） 令和2年8月25日実施	1
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
	小計		