

ウィズ・ポストコロナチャレンジ支援制度 団体申請書

※太枠内をご記入ください

受付日／ 年 月 日 ( )		担当者
フリガナ		生年月日
代表者 氏名		S・H 年 月 日生 (満 歳)
住 所	〒	
連絡先	TEL /	
	携帯 /	
	メ-ル /	
所属先又は 学校名		
共同研究者	人数：( ) 名 職種：( )	
(1) 活動概要 (3か月～半年間を想定して記載してください)		
(2) 今までのアロマセラピー活動歴と年数		
申請者の資格名		
(5) その他 (今後の目標や展望についてご記入ください)		
対応 / <input type="checkbox"/> 保険の有無 <input type="checkbox"/> その他 ( )		