

年 月 日

「日本在住学生会員の ABAI/SQAB 参加に対する助成事業」  
申 請 用 紙

氏 名： (日本語／英字表記)	
所 属： (日本語／英字表記)	
E-mail:	
参加予定の学会名 (希望する箇所に○を記入し てください。複数選択する場 合は○の代わりに希望順位を 記入してください。)	ABAI/SQAB 年次大会 (annual convention)
	ABAI 自閉症年次大会 (annual autism conference)
	ABAI 国際大会 (international conference)
発表の種別： (該当する項目を残 し、他を消して下さい)	<input type="checkbox"/> 口頭発表 <input type="checkbox"/> ポスター発表 <input type="checkbox"/> シンポジウム <input type="checkbox"/> パネルディスカッション
発表タイトル： (複数大会で発表される予定 の場合は、それらを全て記入 してください)	
指導教員の 署 名：	私_____は、申請者_____が、 _____大学に所属する私の指導学生で あることを証明します。 年 月 日 氏 名：    印 所 属
過去の本助成の有無	有 (          年度)                          無

学会記入欄	
受理年月日	受理番号
年 月 日	