**ＣＳＴ収支内訳明細書**

研修等の名称：

実施期間：西暦　　年　　月　　日～　　　月　　日

**研修等の経費の詳細（必須）**

**費用総額：　　　　　　円**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入の部 |  |  |  |  |
| 項　　目 | 金額 | 人数 | 計 |
| 参加費 | 　（A） |  |  |  |
|  | （B） |  |  |  |
|  | （C） |  |  |  |
| 合　　　　計 |  |
| 支出の部 |  |  |  |  |
| 項　　目 | 金額 | 数 | 計 |
| 施設使用料 |  |  |  |
| 遺体整備費 |  |  |  |
| 消耗品（ガウン、マスク等） |  |  |  |
| 講師　謝金 |  |  |  |
| 解剖学講座　謝金 |  |  |  |
| 雑費※用途詳細を記載して下さい。（　　　　　　　　　　　　　　等） |  |  |  |
| 合　　　　計 |  |

企業などからの資金、器材、労務の提供をうけた場合はＣＳＴ利益相反自己申告書（利用責任者）に詳細を記載して下さい。