様式２（第５条第２項関係）

　　年　　月　　日

神奈川県立保健福祉大学発ベンチャー称号授与期間更新申請書

公立大学法人神奈川県立保健福祉大学長　殿

（申請者）

所属

職名

氏名

(※押印若しくは申請者自署）

下記の通り神奈川県立保健福祉大学発ベンチャーについて称号授与期間の更新を申請します。

なお、更新期間においては、引き続き、公立大学法人神奈川県立保健福祉大学発ベンチャー称号授与規程その他公立大学法人神奈川県立保健福祉大学が定める諸規程及び法令を遵守することを誓約するとともに、貴学から授与された称号の使用において、当方若しくは第三者に損害が生じた場合又はその他の不測の事態が生じた場合には、当方で処理し、公立大学法人神奈川県立保健福祉大学及びその関係者に損害賠償請求は一切行いません。

記

１　当初の称号授与期間　　　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日

２　更新を希望する期間　　　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日