

APURAHAHAKEMUS

Hakijan suku- ja etunimi	Henkilötunnus	
Arvo tai virka-asema	Tutkinto, johon opinnot tähtäävät	
Työnantaja		
Kotiosoite	Pankkiyhteys	
Puhelinnumero, myös gsm	Sähköposti	
Tutkimuksen / täydennys- tai jatko-opintojen aihe		
Apurahan käyttötarkoitus		
Laskelma kustannuksista eriteltynä		
Yhteensä _____ euroa		
Aikaisemmat apurahat		
Liitteenä: Lähetetään myöhemmin:		
Tutkimussuunnitelma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutkintotodistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opintorekisterin ote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jatko-opintosuunnitelma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaajan lausunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hakija sitoutuu antamaan kahden vuoden sisällä apurahan vastaanottamisesta kirjallisen selostuksen apurahan käytöstä ja lähettämään tutkimustulosten eripainokset Apteekkien Työnantajaliitolle.		
Päiväys ja allekirjoitus		
Apteekkien Työnantajaliitto PL 340 (Eteläranta 10), 00131 Helsinki Puh. (09) 1728 50, fax. (09) 664 616 jukka.koskipirtti@apta.fi		