

助成金申請書

公益財団法人シップヘルスケア古川教育財団 御中

1. 代表者

申請日 年 月 日

氏名	フリガナ
住所	(〒)
電話番号	
携帯番号	
E-mail	

※代表者の氏名、携帯番号、メールアドレスは当財団からの連絡用として登録させていただきます。

2. 活動について

応募する活動内容について、記載してください。(すでに活動を開始しているものでも構いません。)なお、必要に応じて図や写真等の補足資料(A4サイズ/自由書式)を添付ください。

活動名	フリガナ
主な活動実施場所	
助成金による活動 実施期間	年 月 ~ 年 月
活動実施報告書 提出見込時期	年 月 日ごろ

(1)活動概要 (200字以内)

--

(2)実施する内容、助成金の使途、目指す成果

--

3.その他

内容ご確認の上、チェックをお願いいたします。

- 募集要項の内容を確認し、記載された全条件に同意します。
- 申込者及び活動を共にする者は、暴力団、暴力団構成員、暴力団関係企業、その他の反社会的勢力に該当せず、また、将来においても該当しないことを誓約します。

以上