

# 活動実施報告書

※助成金活動終了後より1か月以内にご提出ください。

公益財団法人シップヘルスケア古川教育財団  
代表理事 古川 國久 様

住 所

氏 名

印

助成金交付決定の通知があった活動が完了したので、下記の通りご報告いたします。

記

提出日	(西暦)	※受付 年月日	(西暦)	年	月	日
	年	月	日	※受付 番号		
活動名						
実施期日						
交付決定額	円					
実施場所						
参加人数(活動規模)						
活動内容						
活動効果						
活動費総額						

## 助成金使途

科 目	金 額(円)	備 考
合 計		

- 1.助成活動に要した領収書や受領書を添付して提出してください。
- 2.行が足りない場合は、適宜、行を追加してください。

※印以外の記入をお願いします。

担当者連絡先	
氏 名	
電 話	