

助成金申請書

(宛先) 公益財団法人シップヘルスケア古川教育財団

1. 申請者

申請日 年 月 日

申請者	フリガナ
住 所	(〒)
電話番号	
E-mail	

2. 活動概要

応募する活動内容について、記載してください。

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) を添付いただいても構いません。

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

(1)活動概要 (200字以内)

--

(2)本助成金によって実施する内容、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