様式1-3

〔 令和　　年度公益財団法人川崎医学・医療福祉学振興会 〕

教育研究助成

完了報告書

年　　月　　日

公益財団法人 川崎医学・医療福祉学振興会　 理事長　殿

申請者　所属機関

部門

職名

氏名

本助成事業について、次のとおり報告します。

1. 教育研究題目
2. 研究経過
3. 成果
4. 研究完了時期

年 月

1. 学会発表

有（開催予定含む）　・　無 （どちらかを選択）

「有（開催予定含む）」の場合、

学会の名称：

開催（予定）年月日：

1. 論文

有　・　無　・　予定 （いずれかを選択）

* 有の場合、抄録を添付してください。
1. 助成金がどのように使用されたかが分かる、簡単な会計報告を添付してください。