様式2-3

〔 令和　　年度公益財団法人川崎医学・医療福祉学振興会 〕

教育研究機関及び地域社会との連携・交流助成

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

申請代表者　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. 行事名
2. 行事の概略
3. 期日
4. 会場
5. 参加人員
6. 講師氏名
7. 成果・期待される効果
8. 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。