

〔 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

- (1) 期 日
- (2) 会 場
- (3) 参加人員
- (4) 講師氏名

3 成果・期待される効果

4 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。