

〔 令和 年度公益財団法人川崎医学・医療福祉学振興会 〕  
国際教育・研究交流助成（派遣）  
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・研究あるいは研修の目的

2 派遣国名・名称・所在地

3 派遣期間

4 成果

5 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。