様式3-3

〔 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（招請）

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. 被招請者

氏名（英字）

所属機関・部門・職名及び所属機関所在地

1. 教育・研究あるいは研修の目的
2. 滞在期間
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。