

[ 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

2 教育・研究あるいは研修の目的

3 滞在期間

4 成果・期待される効果

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。