公益財団法人ＳＢＣ医学振興財団

代表理事　 相川 佳之　 殿

財団使用欄

　　年　　月　　日 受理

No.

ＳＢＣ研究助成制度

完了報告書

年　　 月　　 日

団体の方

団体名

代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

個人の方

氏　 名　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 活動名称 | 例）○○に関する研究 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出者に関する事項 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  氏名  又は  団　　 体　　 名 |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  提 出 担 当 者 |  |
| 連　絡　先 | 〒  TEL  FAX  E-mail |

※郵送物等は、記載いただいた連絡先住所へ送付いたします。

連絡先が変更となった場合は速やかに事務局までご連絡ください。

Ⅰ．助成を受けた活動の成果

|  |
| --- |
|  |

※スペースが足りない場合は、別途資料を添付してください（返却不可）。

※活動の成果は本法人HPにて公表いたしますので予めご了承ください。

Ⅱ．助成金の支出結果　（摘要欄には使途・数量・単価等を具体的に記入して下さい）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費　　　　用 | 金　　額 | 摘　　　　　　要 |
| （１）　　　　　　費 | 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| （２）　　　　　　費 | 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| （３）　　　　　　費 | 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| （４）　　　　　　費 | 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| （５）　　　　　　費 | 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| 円 |  |
| 合　　　　計 | 円 |  |

※支出があったことを証する書類（領収証・請求書のコピー等）を別途添付してください。