**２０２２年度 地域啓発活動助成申請書**

公益財団法人 笹川保健財団

会長　喜多 悦子 殿

申請日：西暦　年　月　日

**申請者情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　 名 |  | 生年月日 | 西暦年　月　日 | 年齢 | 　　才 |
| 専門資格 |  | （例：医師・看護師・教員・学生など） |
| 連 絡 先 | メールアドレス | 携帯番号 |
| 所属機関名 |  | 所属機関内職位 |  |
| 所属機関住所 | 〒 |
| 所属機関URL | ホームページがある場合 |
| 自宅住所 | 〒 |

**申請者の経歴学歴**（高校卒業を含めてそれ以降を記入してください）

西暦　　　　　　　　　　　　　　記入例： ○○看護専門学校卒業、○○大学博士前期課程修了（○○学修士）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  |
|  | 年 |  | 月 |  |
|  | 年 |  | 月 |  |
|  | 年 |  | 月 |  |
|  | 年 |  | 月 |  |

記入する段が不足する場合は適宜追加してください。

**申請者の職歴等**（複数ある場合はできるだけ詳細を記入してください）

西暦

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  |
|  | 年 |  | 月 |  |
|  | 年 |  | 月 |  |
|  | 年 |  | 月 |  |
|  | 年 |  | 月 |  |
|  | 年 |  | 月 |  |
|  | 年 |  | 月 |  |
|  | 年 |  | 月 |  |
|  | 年 |  | 月 |  |

記入する段が不足する場合は適宜追加してください。

**活動テーマ（タイトル）**内容を具体的かつ簡潔に示す題名を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**申請金額**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成申請金額 | 　　　　円　10万円以内　1万円単位 |  |

**活動概要**わかりやすく具体的に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 活動地域 |  |
| 活動目的（文字数**200**まで） |  |
| 活動方法（文字数**200**まで） |  |
| 予想される成果（文字数**200**まで）本活動により何がどう変わるのかを具体的に記述 |  |

**活動計画**月別の活動内容を具体的に記載ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 2022年6月 |  |
| 2022年７月 |  |
| 2022年８月 |  |
| 2022年９月 |  |
| 2022年10月 |  |
| 2022年11月 |  |
| 2022年12月 |  |
| 2023年1月 |  |
| 2023年２月※活動終了2月28日 |  |

**当財団助成実績**　過去3年間に当財団より助成を受けた方は記入ください。

西暦

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度 | 助成名・課題 | **助成金額** |
|  | 年度 |  |  | **円** |
|  | 年度 |  |  | **円** |
|  | 年度 |  |  | **円** |

**他団体への助成申請**　同活動で他団体へ助成を申請する場合は、その概要を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体・助成名 | 概要（助成・補助の対象課題） | 助成金額 | 助成決定年月日 |
|  |  |  | 円 |  |
|  |  |  | 円 |  |
|  |  |  | 円 |  |

※当財団への申請中に他財団の助成が決定した場合は、すみやかに本申請を取り下げすること。

また他団体への申請中に当財団の助成が決定した場合は、他団体の申請を辞退すること。