**令和　年度研修完了報告書**

令和　　年　　月　　日

一般財団法人　本道医学振興会　代表理事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申　請　者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ（連絡先）

　　　　下記の通り［□研修　□　　　　　　　］の助成について、下記の通り報告します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（チェック　☑　をして下さい）

記

１　実施日時又は期間　　令和　　 年　　 月　　 日　　　　　時　　　　　分

　　　　　　　　　　　　　　　　～　令和　　 年　　 月　　 日　　　　時　　　　　分

２　成　　果

|  |
| --- |
|  |

３　助成金及び内訳

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　項　　目 | 　 金　　額 | 　　項　　目 | 　 金　　額 |  　合　　計 |
| 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　 | 円　　　　　　　 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※**領収書（原本）を必ず添付してください**。

内訳が6項目以上になった時は、別紙を添付してください。

**また、参加したことが分かるものも添付してください。**

一般財団法人本道医学振興会　事務室　宛

勤 務 先

氏 名

助成金の入金口座は、下記の通りになります。

**※ご指定の振込先は、なるべく秋田銀行の口座でお願いいたします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 | 銀行 | 支店名 | 支店 |
| 口座番号 |  | 名義人 | （フリガナ） |