

大会助成金申請書

申請日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

一般社団法人全国認知症介護指導者ネットワーク

総務委員会 御中

主催者名	
代表者名	印
代表者所属先 名称	
連絡先区分	1、自宅 2、所属先 (○印をして下さい)
連絡先住所	〒 _____
電 話	1、個人携帯 2、所属先

以下事項を確約し、大会の概要のわかる要項（チラシ等）を添えて、大会への助成金を申請しますので、下記口座への助成金の振り込みをお願い致します。

_____ 銀行 _____ 口座 _____ 店番 _____ 口座番号 _____

- 1、一般社団法人全国認知症介護指導者ネットワーク をチラシ等への主催または共催団体として明記すること
- 2、一般社団法人全国認知症介護指導者ネットワーク の活動をPRするために、参加者へ全国認知症介護指導者ネットワークのチラシ等の配布等を行うこと
- 3、大会収支報告書を大会終了後 2週間以内に法人事務局へ提出すること

※大会収益の返却は求めませんが、収支報告のない場合は助成金の返却を責任者所属団体へ求めます。

※以下事務処理欄です。

受付日	年 ____ 月 ____ 日	受付方法	FAX・メール・郵送・その他
受付者		承認日	年 ____ 月 ____ 日
備考			

収支報告書

年 月 日記入

主 催：

開催日： 年 月 日

会 場：

参加者数：

収入項目	予算額	実額	備考
参加費			
広告費			
合 計			
支出項目	予算額	実額	備考
会場費			
設備費			
印刷費			
通信費			
運営費			
合 計			

以上 相違ありません

責任者氏名

印

責任者所属先名称

責任者連絡先住所

責任者電話番号

※以下事務処理欄です

受理日	年 月 日	備 考	
-----	-------	-----	--