

公益財団法人 遠藤医療福祉助成財団

理事長 遠藤 祐子殿

助成金交付希望申込書

1. 団体（機関）の名称	
2. 所在地	
3. 代表者氏名	
4. 助成対象事業名	
5. 助成対象事業費	
6. 事業年度（予定）	年度
7. 担当者の職氏名	
8. 連絡先電話番号	() —
9. 連絡先FAX番号	() —
10. メールアドレス	
11. ホームページURL	
12. その他の連絡事項	

上記の通り申し込みいたします。

年 月 日

団体(機関) の名称

代表者 職 氏 名

㊦