様式１

**公益社団法人日本歯科衛生士会**

**平成３１年度「地域歯科衛生活動」事業　助成金交付申請書**

　　　　年　　　月　　　日

公益社団法人日本歯科衛生士会長　殿

住　　　所　〒

申請団体名

代表者氏名

担当者氏名

電話番号

FAX番号

平成３１年度 地域歯科衛生活動事業助成金交付申請書を提出いたします

|  |  |
| --- | --- |
| 事業項目 |  |
| 事　業　名 |  |
| 事業の目的及び期待される成果 |  |
| 事業内容 |  |
| 事業の予算 | 金　　　　　　　　　　　　　円 |
| 事業実施予定期間 | 　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日 |

（注）事業内容については事業項目、事業実施方法等を具体的に記入すること

様式２

 **公益社団法人日本歯科衛生士会**

**平成３１年度「地域歯科衛生活動」事業　経費内訳**

（事 業 名）　　　　　　　　　　　　　　　　　（団 体 名）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　目 | 金　　額　（円） | 備　　考 |
| 講師謝金 |  |  |
| 旅費交通費 |  |  |
| 印刷製本費 |  |  |
| 通信運搬費 |  |  |
| 消耗品費 |  |  |
| 賃借料 |  |  |
| その他 |  |  |
| 合　　　計 |  |  |