【様式１】

**公益社団法人日本歯科衛生士会**

**令和２年度「地域歯科衛生活動」事業　助成金交付申請書**

令和　　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

令和２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

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名  事業項目  該当に☑を入れてください |  |
| □単年度事業  □継続事業　（□１年目・　□２年目・　□３年目） |
| 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 | 令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日 |

（注）１　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。

　　　２　事業の予算内訳は【様式２】によること。

【様式２】

**公益社団法人日本歯科衛生士会**

**令和２年度「地域歯科衛生活動」事業　予算内訳書**

（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 |  |  |