**【様式１】**

**公益社団法人日本歯科衛生士会**

**令和５年度「地域歯科衛生活動」事業　助成金交付申請書**

令和５年　　　月　　　日

公益社団法人日本歯科衛生士会長　様

住　　　所　〒

申請団体名

　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

担当者氏名

電話番号

FAX番号

令和４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  該当に☑を入れてください | 事業名を記載する。 |
| □単年度事業　□継続事業（□１年目・　□２年目・　□３年目） |
| 事業項目 | 対象事業項目を選択して記載する。 |
| 事業実施団体名 | (□主催　□共催) |
| 事業目的 |  |
| 事業内容 | 対象者 |
| 実施内容・方法など |
| 期待される成果 |  |
| 事業予算 | 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５年度「地域歯科衛生活動」事業　予算内訳書**

（事 業 名）

（実施団体名）

**※各科目について、合計金額だけではなく、具体的に内訳を記載してください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　目 | 金　額　（円） | 予算内訳 |
| 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 |  |  |