

公益財団法人SBC医学振興財団  
代表理事 相川 佳之 殿

S B C 研 究 助 成 制 度  
完 了 報 告 書

年 月 日

**個人の方**

氏 名

Ⓔ

**団体の方**

団 体 名

代 表 者

Ⓔ

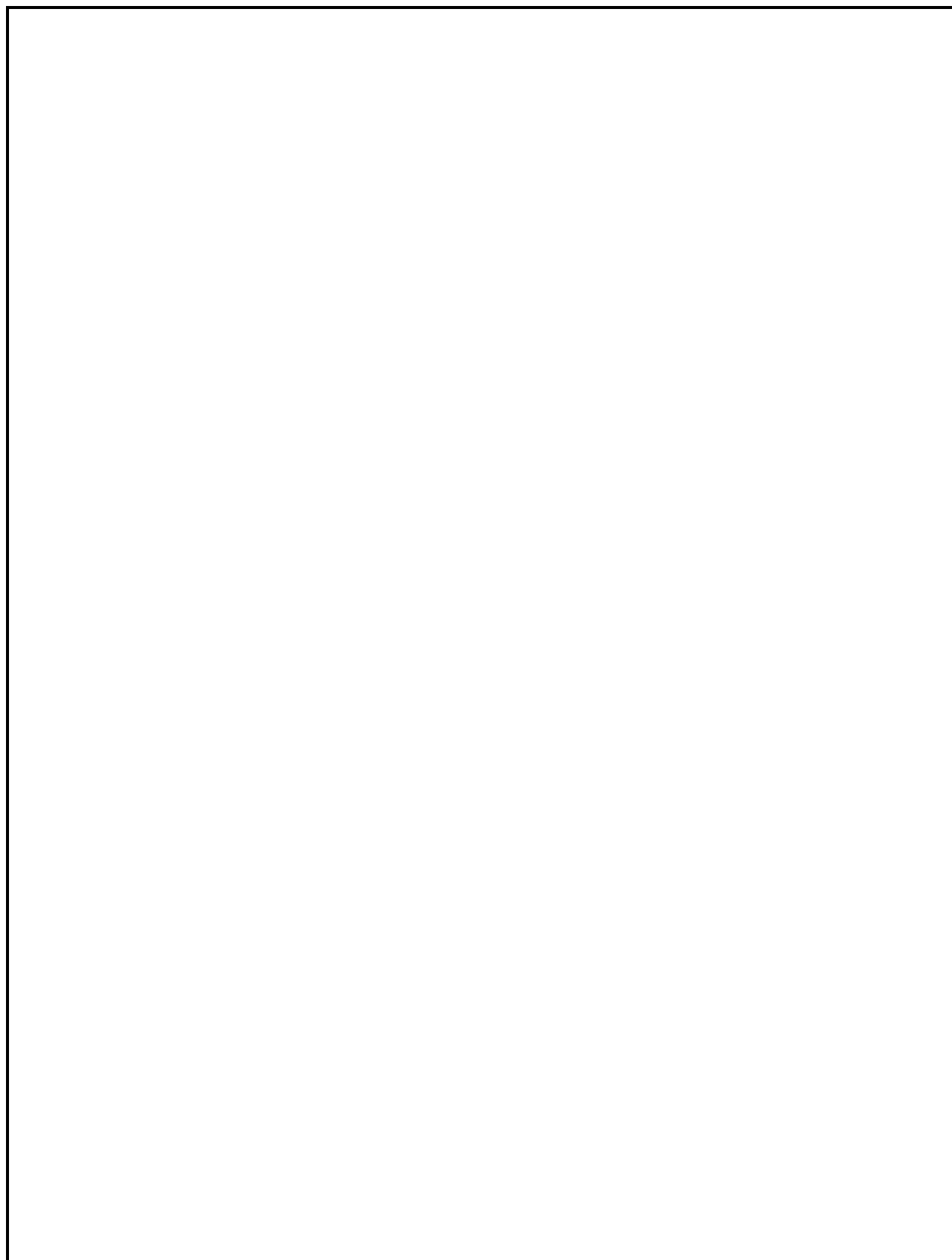
活動名称	例) ○○に関する研究
------	-------------

提出者に関する事項	(フリガナ) 氏 名 又は 団 体 名	
	(フリガナ) 提 出 担 当 者	
	連 絡 先	〒 T E L F A X E-mail

※郵送物等は、記載いただいた連絡先住所へ送付いたします。

連絡先が変更となった場合は速やかに事務局までご連絡ください。

I. 助成を受けた活動の成果



※スペースが足りない場合は、別途資料を添付してください（返却不可）。

※活動の成果は本法人 HP にて公表いたしますので予めご了承ください。

II. 助成金の支出結果 (摘要欄には使途・数量・単価等を具体的に記入して下さい)

費 用	金 額	摘 要
(1) 費	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
(2) 費	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
(3) 費	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
(4) 費	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
(5) 費	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
合 計	円	

※支出があったことを証する書類（領収証・請求書のコピー等）を別途添付してください。