様式１号

平成30年度「患者サロン」活動助成申請書

平成　　年　　月　　日

特定非営利活動法人

医療・福祉ネットワーク千葉

理事長　　竜　　崇　正　様

申　請　者

所　在　地

団　体　名

代 表 者 名 印

電 話 番 号

メールアドレス

下記のとおり活動助成を申請します。

助成金額　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

**【団体紹介シート】**

**※以下、初めてこの助成金に応募される団体の方は、団体紹介の各項目にご記入をお願いいたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 主な活動場所 |  |
| ホームページアドレス（あればお願いします） |  |
| 活動を始めた経緯・目的（団体を発足された時の思い、目的などがありましたらお願いします） |  |
| 主な活動内容（年間の活動の様子など） |  |
| 現在の課題や展望、ＰＲなど |  |