

公益財団法人正力厚生会 がん患者団体助成事業申請書(2027年度事業)26年度申請

申請日	年 月 日				
(ふりがな)		(ふりがな)			
団体名		代表者名			
所在地 (連絡先)	〒				
	主な活動地域 ▼選択してください				
	窓口 責任者	Eメール			
	固定電話 携帯電話	F A X			
設立	年 月	会員数 人 法人格 ▼選択してください			
ホームページ URL	助成が決まった場合、当厚生会公式HPでリンクします				
財政基盤	年会費				
	寄付等				
	繰越金	(年度末見込み)			
(会のプロフィールと主な活動内容)					
過去に助成を受けた実績 ▼選択してください	有無	助成元	年度	助成額	事業名称
				万円	
				万円	
				万円	
来年度他団体への助成申請 予定 ▼選択してください	有無	申請先	申請額	事業名称	
			万円		
			万円		
			万円		
当財団の助成を何で知りましたか					