

備考		整理番号				受付年月日		受付印	
----	--	------	--	--	--	-------	--	-----	--

B T U認定ストレスケア・トレーナー施設設置助成金 申請書

ふりがな			
申請 代表者	(氏)	(名)	申請者印
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日生	年齢 満 歳
ふりがな			
申請者の 住所	〒		
電話		FAX	
携帯電話		E-mail	

ふりがな			講師資格・有・無
申請者	(氏)	(名)	
ふりがな			
申請者	(氏)	(名)	
ふりがな			
申請者	(氏)	(名)	

ふりがな			
施設の 住所	〒		
電話		FAX	
施設の 平米数	賃貸 月額	施設 形態	<input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> テナント <input type="checkbox"/> 公共施設 <input type="checkbox"/> その他

申請者	
-----	--

ふりがな	
施設の 名称	

<p style="text-align: center;">内容</p> <p>※期待される効果を明確に記述すること</p>	
---	--

<p>月別事業計画の概要 (HS、学習・勉強会・セミナー・講演会・ボランティア活動など)</p>	<p>月</p> <p>月</p> <p>月</p> <p>月</p> <p>月</p> <p>月</p> <p>月</p> <p>月</p> <p>月</p> <p>月</p>	<p>補足事項</p>
--	---	-------------

<p>助成金として支給を要望する額と根拠</p>		<p>必要経費の概算内訳</p>	
--------------------------	--	------------------	--

