

後援名義使用承認申請書

申請年月日 年 月 日

社会福祉法人袋井市社会福祉協議会会長 様

申 請 者	所 在 地	
	団 体 名 称	
	代 表 者 名	TEL
	連 絡 先 氏 名	TEL

袋井市社会福祉協議会の後援名義使用について次のとおり申請します。

事 業 名				
事 業 内 容				
事業実施日時				
開催地(場所)				
主 催 者 名				
共 催 者 名				
他後援予定団体				
参加予定者数		観 覧 予 定 者 数		
入場・参加料等				
経 費 (収支予算書)	収 入		支 出	
	内 訳	金 額	内 訳	金 額
	合 計		合 計	
後 援 名 義 使 用 期 間	年 月 日() ～ 年 月 日()			
添 付 書 類				
そ の 他				