

会長	局長	次長	係長	受付者

後援名義使用許可願

令和 年 月 日

社会福祉法人御前崎市社会福祉協議会
会 長 繁 田 昇 様

住 所

団 体 名

代 表 者 印

電 話

自署の場合は、押印不要

後援名義の使用許可を承認していただきたく下記のとおり申請いたします。

名義使用事業名			
事業実施日	令和 年 月 日 時 分 から	時 分	
事業実施場所			
名義使用期間	令和 年 月 日 時 分 から	令和 年 月 日 時 分 まで	
名義使用内容	(チラシ掲載やパンフレット掲載等、実際に使用する内容)		
名義使用場所			
入場料の有無	有 . 無 (有の場合は、徴収金額 円)		
担当者氏名		担当者電話	
備 考			

※事業計画書および予算書の添付してください。