共催・後援事業実績報告書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人小千谷市社会福祉協議会長あて

（申請者）〒（　　　－　　　　）

所　在　地

名　　　称

代表者氏名

電話番号

令和　　年　　月　　日付けで承認された共催・後援事業が終了したので、次のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の名称 |  |
| 期日又は期間 |  |
| 開催場所 |  |
| 実施状況 |  |
| 成果等 |  |