様式第２号

年度　共同募金助成事業計画書

年　　月　　日

奈良県共同募金会天理市共同募金委員会
　会長　　様

団　体　名

代　表　者　　㊞

実施計画は、下記のとおりです。

１．団体名				
２．代表者 職・氏名	団体等での職　　名		氏　　名	
３．構成人数	人			
４．所在地	〒　　― 天理市 TEL　0743（　　） FAX　0743（　　）			
５．具体的事業内容（共同募金の助成金で行う事業内容を記入して下さい。）				
①事業名				
②実施期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			
③実施回数及び総利用者数	回　　人			
④実施場所				
⑤事業の詳細				