

平成 年度 共同募金助成事業計画書

平成 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 _____ (印)

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	平成 年 月 日 ～ 平成 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 ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----			