

受付番号			第 号									
決 裁	局 長		次 長		室 長		班 長		担 当		主 管	

年 月 日

社会福祉法人佐倉市社会福祉協議会  
会 長 大 藏 文 子 様

主催者 住所 (所在地)  
団 体 名  
代表者氏名  
担当者氏名  
担当者連絡先

### 後援・共催申請書

下記の行事について、佐倉市社会福祉協議会の後援又は共催の承諾を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

後援又は共催	<input type="checkbox"/> 後援 <input type="checkbox"/> 共催 (※いずれかに✓を入れてください)
行事の名称	
行事の主旨・概要	
実施日時又は期間	年 月 日 ~ 年 月 日
実施場所	
参加対象者及び 予定人数	
入場料等の料金	
他の後援・共催 予定団体	
後援・共催の方法	<input type="checkbox"/> 市社協関係者 ( ) の出席等を希望する <input type="checkbox"/> その他 (以下に具体的内容を記載してください)

※関係書類として、次の資料を添付してください。

団体等の概要説明書 (活動実績及び規則、会則等)、  
行事の開催要項 (計画書)、行事の収支予算書、その他