様式－③

令和　年　月日

社会福祉法人新見市社会福祉協議会

　会　長　　逸　見　　孝　明　　様

住　　　所　新見市　　

サロン名称

代表者氏名

電話番号（ 　　　　 ）　　 －

**ふれあいサロン活動報告書兼請求書**

下記のとおり、ふれあいサロンを実施したので請求いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ￥ |  |  |  | 0 | 0 |

１．実施日 　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）

　午前・午後　　時　　分　～　午前・午後　　時　　分

２．開催場所

３．サロン内容

　　　　　　　　　　　　　　　　　次回の予定:　　月　　日( 　)

４．助成金額 　　　　名（参加人数） × １００円＝　　　　　円

|  |
| --- |
| 社協記入欄 |
| 参加職員 |
|  |
| 受付印 |

５．連絡事項等

※ 今回のサロンの感想、困りごとや依頼事項など、なんでもご記入ください。