

(第1号様式)

後援名義使用申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人  
稲城市社会福祉協議会

(申請者)

団体名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

連絡責任者 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

社会福祉法人稲城市社会福祉協議会の後援名義について、下記により使用いたしたく関係書類を添えて申請いたします。

申請事業名	
実施日時	平成 年 月 日 ( )
実施場所	
事業目的	
事業内容	
後援名義を必要とする理由	
後援名義使用期間	平成 年 月 日 ( ) から平成 年 月 日 ( ) まで
添付書類	<input type="checkbox"/> 申請団体の規約、会則その他これらに類する書類 <input type="checkbox"/> 会員名簿 <input type="checkbox"/> 事業計画書 <input type="checkbox"/> 収支予算書 <input type="checkbox"/> その他 ( )

- ※特記事項： 1 後援期間は許可日からとなります。  
2 営利目的、公序良俗に反する事業の申請は受け付けません。