第１９回福祉健康まつり 広場・コーナー行事実績報告

広場・コーナー名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当団体名

記入者名

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 内　　　　　　　　　　　　　　　容 |
| １．行事の実施状況簡単に記述してください。①販売品又は展示物②売上金額③寄付金ある場合は寄付先とその金額④その他⑤コーナーに立ち寄られた方の延べ人数 | 実施状況1. 販売品又は展示物　ポスター、就業・ボランティア活動写真等
2. 売上金額　　　　　－
3. 寄付金ある場合は　－

寄付先　　　　　　　　　　　　　　　　　　寄付金額　　　　　　　　　　　　　　　　　1. その他
2. 展示物の見学者や販売品購入された方等の合計約　　　　　　人
 |
| ２．貴コーナーでのスタッフ人数について実数をお書きください。 | スタッフ総合計　　　　　　　人担当団体人数　　　　　　　　人内　　訳（　　　　　　　　　　人）（　　　　　　　　　　　人）（　　　　　　　　　　人）（　　　　　　　　　　　人）（　　　　　　　　　　人）（　　　　　　　　　　　人）事務局職員等人数　　　　　　人 |
| ３．コーナーを実施した時の経費をお書きください。（自己負担の経費についても差し支えない場合はご記入ください） | 総金額　　　　　　　　　　　　円（内訳を下記に記入下さい） |
| 項　目 | 支　払　先 | 内　　訳 | 金　　額 | 摘要 |
|  |  |  |  |  |
| 合　　　　　　　　　　　　計 |  |  |

|  |
| --- |
| ４．反省点や次回への希望、要望などございましたら、お聞かせください。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

（１）表面の３．経費欄が不足の場合は、原稿をコピーして追加記入してください。

（２）この実績報告書は、令和７年１０月１７日（金）必着で、白山市福祉健康まつり

実行委員会事務局まで提出してください。ＦＡＸでもかまいません。

９２４―０８６５　白山市倉光八丁目１６番地１

　　　　　　　　　社会福祉法人白山市社会福祉協議会内

　　　　　　　　　　福祉健康まつり実行委員会事務局　宛

　　　　　　　　　電話番号　　０７６－２７６－３１５１

　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　０７６－２７６－４５３５