

(様式6)

地域文化伝承事業講師派遣実施報告書

令和 年 月 日

三木市健康福祉部福祉課 御中

住 所 _____

申請団体 _____

代表者名 _____ 印

このたび講師の派遣を受けましたので、実施結果を下記のとおり報告します。

記

事業名	
開催日時	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
開催場所	
参加人数	人 (内訳 教師 人:児童・生徒 人:その他 人)
講師名	
事業の内容	

※当日の資料等があれば添付してください。

〒673-0492

三木市上の丸町10-30

三木市 健康福祉部 福祉課

電 話 : 0794-82-2000

F A X : 0794-82-9943