

功 績 調 書【企業及び福祉施設】

令和△年〇〇月××日作成

ふりがな	○ × ×	男 ・ 女	
被顕彰団体 代表者名	○ × ×		
<input type="checkbox"/> 住民福祉大会の表彰者名簿に氏名の掲載を希望しない場合のみチェックをいれてください			
現住所	〒277-△△△△ 柏市中央南北□-□-□		
電話番号	04-71〇〇-××××		
対 象：地域福祉活動に協力し、その活動が顕著な期間が5年以上 基準日：令和5年3月31日			
団体・グループ名等	就任・活動期間		年月数
〇〇運送株式会社	♁・令・西暦 〇〇年×月△△日	平・令・西暦 5年3月31日	5年 3か月
	平・令・西暦 年 月 日～	平・令・西暦 年 月 日	年 か月
	平・令・西暦 年 月 日～	平・令・西暦 年 月 日	年 か月
	平・令・西暦 年 月 日～	平・令・西暦 年 月 日	年 か月
	平・令・西暦 年 月 日～	平・令・西暦 年 月 日	年 か月
	平・令・西暦 年 月 日～	平・令・西暦 年 月 日	年 か月
	平・令・西暦 年 月 日～	平・令・西暦 年 月 日	年 か月
〈推薦理由〉（必須） 各種行事の際、毎回無償でトラックの貸出しをしていただいている。			通算 5年 3か月
推薦団体名／推薦者	〇〇地域ふるさと協議会 会長 △ △ × ×		
住 所	〒277-△△△△ 柏市中央南北□-□-□		
連 絡 先	※日中連絡が取れる番号をご記入ください 04-71〇〇-××××		

※ 記入漏れ等に注意し、わかりやすい大きな字で御記入ください。

※ 該当無いときは提出不要です。

※ お預かりした個人情報、柏市社会福祉協議会事業の目的以外に利用することはありません。