**様式1**

令和　年度 徳島県精神保健福祉協会との**地域普及啓発事業**の共催希望事業計画書

　　　実施団体名 （　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催予定年月日 | | 令和　　年　　月　　日（頃） |
| 事業予定  内容 | 全体事業 | （例 ○○町健康福祉祭　等）事業予定 |
| 共催事業  部分 | （例 健康講演会・展示即売 等） |
| 実施場所 | |  |
| 実施主体 | | （保健所・市町村・○○協議会等　関係機関等を記入） |
| 助成金額 | |  |
| 保健福祉協会  からの共催による  負担希望内容 | | （例　講師・職員派遣、経費補助　等）  （経費補助額は各保健所、上限５万円です。） |
| 備考 | | （その他、ご意見・希望等ありましたら記入ください。） |

**様式2**

文書番号（あればお願いします）

令和　　年　　月　　日

　徳島県精神保健福祉協会長　殿

（推薦者）

令和　年度 **地域普及啓発事業**共催団体の推薦について

このことについて、以下のとおり推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦団体名 |  |
| 代表者名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 助成金額 | （複数団体を推薦される場合は、金額の割り振りをお願いします。） |
| 推薦理由 |  |