**様式1**

文書番号（あればお願いします）

令和6年　　月　　日

　徳島県精神保健福祉協会長　殿

（推薦者）

令和6年度 **地域精神保健活動支援事業**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 |  |

**様式2**

令和6年度 徳島県精神保健福祉協会との**地域精神保健活動支援事業**の事業計画書

　　　 施設名 （　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 開催予定年月日 | 令和　　年　　月　（頃） |
| 事業予定内容 |  |
| 対象 |  |
| 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） |
| 目的 |  |
| 助成金額 |  |
| 予算内訳 |  |