

年 月 日

ザ・ニュー・インディア・
アシュアランス・カンパニー・
リミテッド大阪支店 御中

寝屋川市長 様

所管課： _____

担当課長： _____

団体名 _____

責任者氏名 _____

公益活動報告書

寝屋川市市民公益活動災害補償制度の適用を申請するため、下記のとおり報告いたします。

団体名			
団体責任者	住所		
	氏名	電話	
団体構成員数	名	団体設立年月	(和暦) 年 月
公益活動名			
活動の目的			
活動日	年	月	日 (曜日)
活動内容			
昨年の活動実績			