（様式第４号）

前橋市営住宅入居者生活支援事業における

トライアル・サウンディング実績報告書

１．提案事業の名称

２．事業者名

|  |  |
| --- | --- |
| 代表事業者 |  |
| 協力事業者  有 □  無 □ |  |
|  |

３．実施期間

　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 備考（月〇回、毎週〇曜日、何時から何時まで）等 |

４．期間中の利用者数

　　　　　　　　　　人程度

５．利用者の反応、事業による効果等

６．入居者等からの苦情等への対応内容（苦情等があった場合のみ）

※　交付された認定証を添付してください。