

年 月 日

(学校長) 殿

団体・学校名

代表者名

印

COOP トリプルカードみやぎスマイル基金事業推薦依頼書

第 回 COOP トリプルカードみやぎスマイル基金事業の審査対象者として推薦をお願いします。

年 月 日

COOP トリプルカードみやぎスマイル基金事務局

(学校長)

印

COOP トリプルカードみやぎスマイル基金事業推薦書

次の団体について、COOP トリプルカードみやぎスマイル基金事業の審査対象者として適当と認められますので推薦します。

団体名

事業名

学校連絡先

担当者氏名