

鎌倉市商店街連合会 行

F A X 0 4 6 7 - 2 5 - 0 9 0 0

令和____年度鎌倉市商店街活性化事業計画概要書

商店会名_____ 連絡先 T E L _____

代表者名_____ 担当者名_____

事業名	内 容	実施予定時期	総事業費	補助対象 となる経費

* 内容は、具体的に記入してください。