

(様式第2号)

売 上 報 告 書

浜田市健康福祉部地域福祉課長 様

報 告 日	令和××年××月××日
事業所名	●●事業所
担当者名	管理者 ●●●●
連 絡 先	0855-××-××××

障がい者チャレンジショップでの売上を次のとおり報告します。

出店月日（曜日） 開店～閉店時刻	販売員数（人）		販売商品	売上高（円）
	職 員	利用者		
××月××日（●） 12：00～13：00	1	1	パン、 クッキー	5,000
××月××日（●） 12：00～13：00	1	1	パン、 クッキー	6,000
月 日（ ） ： ～ ：				
月 日（ ） ： ～ ：				
月 日（ ） ： ～ ：				

※ ファクシミリ【0855-22-9733】による提出可。