（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 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

　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（　）　　：　　～　　：　　 |  |  |  |  |
| 　　月　　日（　）　　：　　～　　：　　 |  |  |  |  |
| 　　月　　日（　）　　：　　～　　：　　 |  |  |  |  |
| 　　月　　日（　）　　：　　～　　：　　 |  |  |  |  |
| 　　月　　日（　）　　：　　～　　：　　 |  |  |  |  |

※　ファクシミリ【０８５５－２２－９７３３】による提出可。