（様式４）

県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

(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。