様式第１（第５条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者（企業・店舗） | | | |
| 申請年度 | | 令和　年度 | |
| 所在地 | |  | |
| 名称 | |  | |
| 代表者職名・氏名 | |  | |
| 担当者 | 部署名・役職名 | （部署名）　　　　　　　　（役職名） | |
| 氏名 |  | |
| 連絡先 | ＴＥＬ/ＦＡＸ | （ＴＥＬ）　　　　　　　　（ＦＡＸ） | |
| Ｅメール |  |  |
| 業種・事業内容 | |  | |
| ホームページＵＲＬ | |  | |

しんしろ健康マイレージ協賛申込書

年　　月　　日

以下のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込内容 | |
| ≪協賛内容≫ | |
| 商品・特典の名称（商品名等） |  |
| 商品・特典の価格等 | 総額　　　　　　　　　円（概算） |
| 商品・特典の個数 | 個 |
| ≪広告企業名≫ | |
| チラシ等に記載する協賛企業名 |  |
| バナー・ロゴマーク有無 | 有　・　無 |
| ≪備考≫ | |
|  | |

【お問い合わせ・お申込み先】

新城市健康福祉部健康課

電話：0536-23-8551　ＦＡＸ：0536-24-9008

メールアドレス：[hoken@city.shinshiro.lg.jp](mailto:hoken@city.shinshiro.lg.jp)