

別記第1号様式(第4条)

<申込先>  
 東金市役所 国保年金課 国保給付係  
 FAX:0475-50-1288 電話:0475-50-1250  
 E-mail: kokuho@city.togane.lg.jp

とうがね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。

申込者 (企業・店舗)	所在地			
	ふりがな 名 称			
	代表者職名・氏名			
	担当者	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				

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>	
	チラシ等に掲載する協賛企業名	
	バナー・ロゴマークの有無	有 ・ 無
備考		