

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 | | |