ならしの健康マイレージ事業協力店登録申出書

年　　　月　　　日

習志野市長　 宛て

（申出者） 氏名：

住所：

電話：

ならしの健康マイレージ事業の主旨に賛同し、協力店となることを希望しますので、同事業実施要領第４条第１項の規定に基づき、次のとおり申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| WebサイトURL |  |
| 提供する特典の内容 |  |
| お店からのお知らせ  （概ね100字以内） | ※セールスポイント、お知らせなどがあれば御記入ください。 |
| 登録開始希望日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| メールアドレス |  |
| 役職・担当者名 |  |

【申し出にあたって】

* 太枠内に御記入いただいた内容は、市ホームページなどで公開します。

その際、必要に応じて内容・表現を一部変更する場合がありますので、あらかじめ御了承ください。

* 申し出の内容に変更が生じた際は、変更届出書（別記第２号様式）により、速やかに届け出てください。