令和　　年　　月　　日

障がい福祉課　宛

コミュニケーションボード申込書

コミュニケーションボードの協力店舗として、以下のとおり申し込みいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 担当者名 |  |

【申し込みにあたって】

* 太枠内に御記入いただいた内容は、市ホームページで御紹介いたします。