

あいち健康マイレージ協力店申込書

申込日:平成 年 月 日

愛知県 保健所長 様
(愛知県健康福祉部保健医療局長) 様

申込者

住 所	〒 -
企業(店舗)名等	
担当者・役職	
連 絡 先	電話:() -

下記のとおり、あいち健康マイレージ協力店として申し込みます。

記

* 店舗(施設)名 及び所在地等 ※御協力いただける店 舗等が複数ある場合 は、別紙「協力店申 込一覧表」に記載して ください。	名称		
	住所	〒 -	
	電話:() -	FAX:() -	
	電子メール:	@	
* 種別(業種) ※最もふさわしい番号 1つを○で囲んで ください。	1. 飲食(日本料理・中国料理・寿司・喫茶・ファーストフードなど) 5. 旅行(ホテル・旅館など) 2. 買物(スーパー・薬局・スポーツ用品など) 6. 学習(料理教室・ダンス教室など) 3. スポーツ、レジャー(ジム・プール・ボーリング・美術館など) 7. その他 4. 生活関連サービス(理美容・公衆浴場・写真プリントなど)		
営 業 時 間			
定休日(休館日)			
* HPアドレス	http://		
* サービス(特典) 内容	※「優待カード」の提示を受けた場合のサービス内容を記入して下さい。		
* サービス開始日	平成 年 月 日		
協力店認定ステッ カー必要枚数	枚		
* PR内容(店舗・施 設からのお知らせ、セールスポイ ントなど任意) ※120字以内			
HP、広報紙等での店舗写真の掲載(市町村など)	許可する ・ 許可しない ・ その他()		

注 1:「*」の項目(FAX及び電子メールは除く)は、県ホームページ等に掲載しますので御了承ください。

注 2:「協力店認定ステッカー必要枚数」欄は、複数の店舗で御協力いただける場合、全店舗の合計枚数を記入してください。