高齢者の元気アップ応援企画協賛申込書

平成　　年　　月　　日

横　芝　光　町　長　　様

所在地

協賛事業所名

代表者名

下記のとおり協賛申込します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| サービス名 | ① |  |
| ② |  |
| ③ |  |
| 開始時期 | ① | 1.実施中　2.実施予定(　　年　　月開始)　3.未定 |
| ② | 1.実施中　2.実施予定(　　年　　月開始)　3.未定 |
| ③ | 1.実施中　2.実施予定(　　年　　月開始)　3.未定 |
| サービス内容の詳細(複数実施の場合はサービスごとに) | | |
|  | | |

※メール、ファクスまたは郵送でご提出ください。

※複数のサービスを実施いただける場合は、サービス名と実施時期の②③に記入してください。

※開始時期が2.実施予定または3.未定の場合は、開始時期が確定し次第、届け出をお願いします。

横芝光町福祉課内　高齢者生活支援協議体

〒289-1793　横芝光町宮川１１９０２番地

ＦＡＸ ０４７９－８４－２７１３

電　話 ０４７９－８４－１２５７