

# 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  
F A X 0479-84-2713  
電 話 0479-84-1257