

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
FAX 0479-84-2713
電話 0479-84-1257