

「小城市買い物支援協力店」登録申込書

〇〇年〇〇月〇〇日

小城市長 様

申請者の住所 小城市〇〇町〇〇番地〇〇

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

申請者の氏名 小城商店 代表 小城 花子 印

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

小城市買い物支援登録店の登録を受けたいので、次のとおり申込みます。

登録内容			
協力店の種類	<input checked="" type="checkbox"/> おとどけ店 (訪問支援型) 【登録区分を1つだけ選択】 <input checked="" type="checkbox"/> 食品・食材 <input type="checkbox"/> 衣類・日用品 <input type="checkbox"/> 住まい・くらし <input type="checkbox"/> 買い物代行・移動販売 <input type="checkbox"/> よりどころ店 (店内配慮型)		
※両方の登録も可			
登録を受けようとする事業所	フリガナ	オギショウテン	
	名称 (屋号)	小城商店	
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 小城市〇〇町〇〇番地〇〇	
	電話番号	〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇	F A X 番号 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇
	e - M a i l	Ogi-hana@ogimail.co.jp	
	担当者の職名 (所属等)	代表 (自営業)	フリガナ オギ ハナコ 担当者氏名 小城 花子
	営業時間	〇時～〇時	定休日 火曜及び1月1日～3日
主な取扱い品 30文字以内	手 作 り 弁 当 、 食 品 、 日 用 雑 貨 な ど		
お店からのPR (対応できるサービス内容等について簡潔に書いてください。) 57文字以内			
栄 養 バ ラ ン ス を 考 え た 手 作 り 弁 当 が オ ス ス メ デ ス ! 配 達 な ど 気 軽 に ご 相 談 く だ さ い 。			
条 件 等		(条件 <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合その内容)	
利 用 料	<input type="checkbox"/> 有料・ <input checked="" type="checkbox"/> 無料	配達無料 (ただし、最低注文金額有り)	
曜 日 ・ 時 間 帯	制限： <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	営業時間 〇時～〇時 (配達は11時半～13時半) ※店休日 火曜及び1月1日～3日	
対 象	制限： <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		
数 量 ・ 金 額	制限： <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	1回1,000円以上のご注文から配達可。	
その他 ※当日配達の受付は、午前10時半まで。			

※注 氏名を自筆で記入したときは、押印は省略することができる。

参考となる資料(チラシやカタログ等)があれば添付してください。