「ぐんまちょい得シニアパスポート事業」協賛申込書

　　　　　 令和　　年　　月　　日

　群馬県庁介護高齢課　行 （FAX　０２７－２２３－６７２５）

１　申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 業者区分 | □買物 □飲食 □宿泊 □遊び･学び 　□その他 |
| 店舗等の名称（フリガナ） |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 担当者部署・氏名 |  |
| 電話番号 | －　　　　　－ |
| ＦＡＸ番号 | － － |
| 電子メールアドレス(携帯以外） |  |
| 営業時間 | 時　　　分 　～ 　 時　　　分（２４時間表示） |
| 定休日 |  |
| ホームページURL | http:// |

２　特典内容

|  |
| --- |
| パスポートを持参した高齢者に対する特典を記入してください。 |

３　お店のＰＲ等

|  |
| --- |
|  |

※代表者名・担当者名・電子メール・FAX番号は、県からの連絡に用い、公開はしません。