様式第２号

事前相談申込書

　　　年　　 月 　　日

地域福祉課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　【担当者】

　　　　　　　　　　　　　　　　　部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　メール

「群馬県社会福祉総合センターネーミングライツスポンサー募集要項」に基づき、次のとおり相談したく申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 施　設　名　称 |  |
| 相　談　内　容 |  |