「こうた健康マイレージ」事業　協賛申込書

申込年月日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ご芳名・団体名 |  |
| 代表者名 |  |
| ご担当者名 |  |
| ご住所（※） |  |
| ＴＥＬ（※） | （　　　　　　　）　　　　　　– |
| ＦＡＸ（※） | （　　　　　　　）　　　　　　– |
| Ｅ-ｍａｉｌ（※） |  |

※ご連絡に際しまして、①E-mail ②TEL　③ＦＡＸ ④郵送の順でさせていただきますが、E-mail以外を優先でご希望される場合は、その旨ご記入ください。【・TEL希望 ・FAX希望 ・郵送希望】

■ご協賛の内容について、必要事項をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 品名 |  |
| 個数 |  |
| 留意事項 | ※納期につきましては、依頼年度の２月下旬を予定しております。  　納期の２カ月ほど前に上記ご担当者様にご連絡申し上げます。 |

<申込先>

幸田町健康福祉部健康課　健康増進グループ

〒444-0113

愛知県額田郡幸田町大字菱池字錦田84番地

TEL：0564-62-8158

FAX：0564-62-8217

E-mail：kenko@town.kota.lg.jp