

【様式第1号】

宇美町買い物支援協力店 登録申請書

年 月 日

宇美町社会福祉協議会 様

申請者の住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

申請者の氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

担当者名

私は、宇美町買い物支援協力店募集要項に記載された条件を満たし、また、その内容を承諾するものとして、下記のとおり申し込みます。

登録内容			
事業所の名称	ふりがな		
事業所の所在地	(〒 -)		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
協力店の種類	<input type="checkbox"/> 食料品・日用品の宅配 <input type="checkbox"/> 食料品・日用品の移動販売 <input type="checkbox"/> 食料品・日用品の買い物代行		
主な取り扱い品			
営業時間		定休日	
曜日・時間帯の制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(詳細)	
利用料	<input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料	(詳細)	
数量・金額の制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(詳細)	
配達区域	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(詳細)	
その他			
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ご記入ください）			