

## 介護保険ボランティア・ポイント制度協賛申込書

平成 年 月 日

霧島市長 様

(フリガナ)

店舗名等 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

(担当者名 \_\_\_\_\_)

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

介護保険ボランティア・ポイント制度の趣旨に賛同し、下記の内容で協賛します。

### 記

業種、取り扱い商品・サービスなど			
店舗等の名称	(フリガナ)		
店舗等の所在地	〒		
電話番号		ホームページアドレス	
FAX番号		電子メールアドレス	
ボランティア支援サービス内容	具体的なサービスの内容		
	対象者や対象日の限定	あり ( ) なし	
P	R		

※ 「記」以下枠内の内容をホームページ等に掲載することを承諾します。