介護保険ボランティアポイント制度協賛申込書

　　　　　年　　月　　日

霧島市長　様

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、取扱商品  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 |  | HPアドレス |  |
| FAX番号 |  | 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 |  | |
| ＰＲ |  | | |

※「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。