

「サポート事業利用協力店」参加申込書

「サポート利用券発行事業」で使用できる利用券の利用協力店として参加いたします。

申込日 2022年 月 日

| | | | |
|---------------|------|---------------|--|
| 事業所名 (店舗名) | フリガナ | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 (店舗) | | FAX番号 (店舗) | |
| 営業時間 | | 定休日 | |
| 代表者名 | | 業種 | |
| ご担当者名 | フリガナ | 電話番号 (ご担当) | |

全ての項目を理解したうえで、を入れてください。

- 保健所より営業許可を受けている法人又は個人事業主です。(※該店のみ)
- 本社(本店)、支社(支店)、営業所(販売所を含む)のいずれかを市内に有する法人又は個人事業主です。
- 地域に根差し商売を営み、基本的に子供から大人まで利用(購入)できるサービスを提供しています。
- 実施要領「6 申込み資格」の4～6を遵守します。(※該店のみ)
- 明石市からの依頼・指示に対しては速やかに対応し、市の基本方針に逸脱しません。
- 利用者からの問い合わせやクレームについては、誠意をもって対応します。
- 明石市暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団、第2号に規定する暴力団員及び第3号に規定する関係機関等に該当しません。
- 明石市が指定する金融機関での換金手続きが可能です。

※ ご記入いただきました情報は本事業の目的以外には使用いたしません

※ 上記でご記入いただきました情報は、広報紙等で掲載可能なものでお願いします

※ 飲食店は本書と併せて営業許可証のコピーを必ず提出してください。

提出先 FAX: 078-918-5136
メール: ks-support@city.akashi.lg.jp
郵送: 明石市中崎 1-5-1 サポート利用券担当宛