大垣市ヘルスアップサポート事業登録申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗名 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 |  |
| 連　絡　先 | ＴＥＬ  ＦＡＸ |
| 提供する  サービスの  内容 |  |
| 申請期間 | 年　月　日から　　　年　月　日まで |
| 特記事項 |  |
| 注意事項 | 当社（当店）は、暴力団等、反社会的勢力とは一切関係ありません |
| 事業趣旨に賛同し、実施要領を理解し、当該事業に協力します。  　　　　　　　　年　　　月　　　日  　（申請者） | |