

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）	