

様式1

令和 年 月 日

岩手県保健福祉部子ども子育て支援室 あて

(申請者) 住 所
名 称
代表者

「いわて結婚応援の店」協賛申込書

いわて結婚応援パスポート事業の趣旨に賛同し、下記のとおり協賛を申込みます。

記

店舗等の 名 称	(ふりがな)		
	※複数店舗（支店）がある場合、店舗毎に記入願います。		
住 所	〒		
	電話番号		F A X 番 号
連絡先等	E-mail		ホームページ URL
	<input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 飲食 <input type="checkbox"/> 見る・遊ぶ <input type="checkbox"/> 泊まる <input type="checkbox"/> 車・交通 <input type="checkbox"/> 理容・美容 <input type="checkbox"/> 婚礼 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 金融 <input type="checkbox"/> その他 () ※複数選択可。その他は、お店の業務形態が分かるよう記入願います。		
業 種 区 分	【50字程度】		
店 舗 等 の 紹 介			
サ ー ビ ス 内 容	<input type="checkbox"/> 商品代金、料金など割引 <input type="checkbox"/> ポイントなど特典 ※複数選択可		
	※サービス内容を具体的に記入願います。(毎日、毎週○曜日 全品○円引き、○%引き、○○サービス)		
営 業 時 間		定 休 日	
P R 写 真	ご希望の場合HPに掲載します。画像はjpg形式で640×480ピクセル以下のものをメールでお送りください。		
結 婚 応 援 メ ッ セ ー ジ			
担 当 者	所属・職・氏名 連絡先(電話・FAX・メール)		

【お申込み先】〒020-8570 岩手県保健福祉部子ども子育て支援室
「いわて結婚応援パスポート」協賛店募集担当 あて
E-mail: AD0007@pref.iwate.jp FAX: 019-629-5464