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。　 |
| 住所連絡先等 | 〒 |  |
|  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  | ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞURL |  |
| 業種区分 | □買物　　□飲食　　□見る・遊ぶ　　□泊まる　　□車・交通　　□理容・美容　　□婚礼□不動産　　□金融　　□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。 |
| 店舗等の紹介 | 【50字程度】 |
|  |
| サービス内容 | □商品代金、料金など割引　　□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 |  |
| ＰＲ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