

あいち健康マイレージ協力店申込書

申込日： 令和 年 月 日

愛知県半田保健所長 様

申込者

住所	〒 —
企業(店舗)名等	
役職・担当者	
電話番号	
メールアドレス	

下記のとおり、あいち健康マイレージ協力店として申し込みます。

記

<p>* 店舗（施設）名及び所在地等</p> <p>※御協力いただける店舗等が複数ある場合は、別紙「協力店申込一覧表」に記載してください。</p>	名称			
	所在地	〒 —		
	電話		FAX	
	メールアドレス	@		
<p>* 種別（業種）</p> <p>※最もふさわしい番号1つを選択してください。</p>		1. 飲食（日本料理・中国料理・寿司・喫茶・ファーストフードなど）		5. 旅行（ホテル・旅館など）
		2. 買物（スーパー・薬局・スポーツ用品など）		6. 学習（料理教室・ダンス教室など）
		3. スポーツ、レジャー（ジム・プール・ボウリング・美術館など）		7. その他
		4. 生活関連サービス（理美容・公衆浴場・写真プリントなど）		
営業時間				
定休日（休館日）				
<p>* サービス（特典）内容</p>	<p>※「優待カード」の提示を受けた場合のサービス内容を記入して下さい。</p>			
<p>* サービス開始日</p>	令和 年 月 日			
<p>* PR内容</p> <p>(店舗・施設からのお知らせ、セールスポイントなど任意)</p> <p>※150字程度</p>	<p>ホームページ、SNS等：</p>			
協力店認定ステッカー必要枚数	枚			
WEB公開希望時期	公開希望時期なし	希望あり	→ (令和 年 月 日) 以降	

注1：「*」の項目（FAX及びメールアドレスは除く）は、県WEBページに掲載しますので御了承ください。