様式第１号（第６条関係）

**旭川市高齢者見守り配食協力店　登録申込書**

　　年　　月　　日

（宛先）旭川市長

旭川市高齢者見守り配食協力店の登録を受けたく，次のとおり申込みします。

また，以下の内容を協力店の一覧表へ掲載することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 代表者名 |  |
| 事業者所在地 |  |
| 事業者電話番号 |  |
| 登録店舗名 |  |
| 店舗責任者氏名 |  |
| 店舗所在地 |  |
| 店舗電話番号（受付時間） | （午前　　　　時から午後　　　　時まで） |
| メールアドレス |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞURL |  |

　※記載事項に変更等がある場合は，速やかに御連絡ください。