

砂川市高齢者支え合いネットワーク事業登録申出書

砂川市長 様

事業 者 _____

住 所 _____

代表者役職・氏名 _____

砂川市高齢者支え合いネットワーク事業について、実施要綱の内容を理解した上で、事業の趣旨に賛同し、協力事業者として登録の申出をいたします。

事業 者	
住 所	〒
代表者役職・氏名	
事業 内 容	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
メー ル ア ド レ ス	
担 当 者	
ステッカー希望枚数	表面シール 枚 裏面シール 枚