様式１

記入例

やまがた健康マイレージ協力店申込書

申込日：令和〇〇年　〇月〇〇日

山形県健康福祉部長　様

申込者

住　　所	〒　900-0000 〇〇市〇〇〇町１－２―３
企業(店舗)名等	株式会社　〇〇〇〇
担当者・役職	山形　山子（広報部長）
連　絡　先	電話：（　02×　）　×××　－　××××

下記のとおり、やまがた健康マイレージ協力店として申し込みます。

記

店舗（施設）名及び所在地等 ※御協力いただける店舗等が複数ある場合は、別紙1「協力店申込一覧表」に記載してください。	＊名称	△△△（〇〇店）
	＊住所	〒900-0000 〇〇市〇〇町〇〇〇1-2-3
	＊電話：（　02×　）　×××　－　××××	FAX：（　02×　）　×××　－　△△△△
	電子メール：　kenkou-×××@pref.*****.co.jp	
＊種別（業種） ※最もふさわしい番号1つを〇で囲んでください。	①小売業　2　飲食店　3　スポーツ（ジム、プール、ボウリングなど）　4　クリーニング 5　教養　6　金融・保険　7　理容・美容　8　写真・カメラ　9　レジャー 10　旅館・ホテル・入浴施設　11　医療・福祉 12. その他（　　）	
営　業　時　間	午前9時から午後7時30分まで	
定休日（休館日）	毎週月曜日、火曜日	
＊HPアドレス	http://www.*****.aaaaa.bbbbb.jp/	
＊サービス（特典）内容	※「応援カード」の提示を受けた場合のサービス内容を記入して下さい。 ・お食事をされた方に、ドリンク1杯サービス。 ・お会計の総額から5%OFF。　など	
サービス開始日	令和　3　年　4　月　1　日	
協力店認定ステッカー必要枚数	2　枚	
＊PR内容（店舗・施設からのお知らせ、セールスポイントなど任意） ※120 字以内	当店では、〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇にこだわった〇〇料理を提供しております。	

注 1：「＊」の項目は、県ホームページ等に掲載しますので御了承ください。

注 2：「協力店ステッカー」は1店舗につき、1枚配布します。「協力店ステッカー必要枚数」欄は、複数の店舗で御協力いただける場合のみ、全店舗の合計枚数を記入してください。