様式１

やまがた健康づくり協力店申込書

申込日：　　　　　年　　　月　　　日

山形県健康福祉部長　　様　　　　　　　　　　　申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 | 〒　　　　　-　　　 |
| 企業(店舗)名等 |  |
| 担当者・役職 |  |

下記のとおり、やまがた健康づくり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 |  |
| ＊住所 | 〒　　　　　- |
| ＊電話：（　　　　　　）　　　　　　－　　　 | FAX：（　　　　　　）　　　　　　－　 |
| 電子メール：　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| ＊種別（業種）※最もふさわしい番号１つを○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 | 　 |
| 定休日（休館日） | 　 |
| ＊ＨＰアドレス |  |
| ＊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。 |
| ＊サービス開始日 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 協力店ステッカー必要枚数 | 枚 | （１店舗につき、１枚お送りします。複数枚の希望がある場合はご記入ください） |
| 卓上のぼり希望本数 | 本 | （縦30㎝、横12㎝、スタンド付き。店頭に設置いただける場合ご記入ください） |
| ＊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 |  |

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。

様式２

やまがた健康づくり協力店

変更（中止）届出書

届出日：　　　　年　　月　　日

山形県健康福祉部長　様

届出者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 | 〒　　　　　- |
| 企業(店舗)名等 |  |
| 担当者・役職 |  |
| 連　絡　先 | 電話：（　　　　　）　　　　　- |

下記のとおり、変更（中止）しますので、届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **現在の登録店舗名称（必須）** |  |
| 店舗(施設)名 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 所　在　地 | 変更前 | 〒　　　　　－ |
| 変更後 | 〒　　　　　－ |
| 電話番号 | 変更前 | （　　　　　）　　　　　　－ |
| 変更後 | （　　　　　）　　　　　　－ |
| ＨＰアドレス | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| サービス（特典）内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
|  | ※変更後のサービス提供（予定）日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

注：上記項目のうち、変更がある項目についてのみ記入してください。

注：協力店の内容を変更するときは、変更が生じる１か月前までに届け出てください。