

令和 年 月 日

協力事業者届出書（新規）

（宛先）今治市長

届出者 住 所
事 業 者 名
代表者氏名
担当者 職（担当）
担当者氏名
電 話 番 号

今治市が実施する「介護用品支給事業」において、実施要領に基づいて実施する事業者として届け出ます。

	取扱店舗・事業所	本 社
所 在 地		
事 業 者 名 （ 店 舗 名 称 ）		
代表者職種・氏名		
電話番号・FAX	電話番号： F A X：	電話番号： F A X：
メールアドレス		

※ 本社と直接用品を取扱う市内の店舗・事業所等の所在地・代表者が異なる場合は、両方ご記入ください。