（様式第１号）

ヘルプマーク普及パートナー登録申込書

（西暦）　　　年 　 月 　 日

愛媛県保健福祉部生きがい推進局障がい福祉課長 様

申込者　事 業 者 名

な

代表者職・氏名

下記のとおり「ヘルプマーク普及パートナー」への登録を申込みます。

なお、登録の上は、「ヘルプマーク普及パートナーシップ制度実施要綱」を遵守します。

記

１　事業者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| フ リ ガ ナ |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 所在地 | （〒　　- ） |
| ホームページURL |  |
| 業種 |  |
| 設立年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 取組事項※ヘルプマーク普及に係る取組事項（予定で可）を記入してください。 |  |
| 必要な啓発物資※下記の担当者情報記載の住所に郵送します。 | 啓発用チラシ（A4縦両面1枚） | （　　　　　）部50部まで |
| 啓発用ポスター（B3横） | （　　　　　）部3部まで |

**＜啓発物資の送料について＞**

**・県負担。ただしポスターは四つ折りになります。**

２　担当者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 所属　 |  |
| 住所 | （〒　　- ） |
| フ リ ガ ナ |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |