

島根県知事 様

電話番号 _____

記

業種、取り扱い商品・サービスなど			
店舗等の名称 （※１）	（フリガナ）		
店舗等の所在地 （※１）	〒 —		
電話番号（※１）		ホームページアドレス（※２）	
FAX番号（※２）		電子メールアドレス（※２）	
定休日		営業時間	
提供する高齢者 応援サービス内容 （※３）	年齢確認証の提示（※４）	要・不要 （備考： ）	
	サービスの内 容		
	対象者 対象日の限定 （※５）	対象者 （本人のみ／本人と同伴者／同伴者のみ／その他（ ） 対象日の限定（ 有・無 ）	
メッセージ・ お店のPR （200字以内）			

※「記」以下の内容についてはホームページ等に掲載しますのでご了承ください。

【注意事項】

- ※1. 支店等がある場合は、各支店等の名称・住所・電話番号がわかる一覧表等を添付ください。
- ※2. ある場合は記入ください。
- ※3. 年齢確認証の提示を必要としない応援サービスも対象とします。
- ※4. サービス提供をされる際に、利用者の年齢確認証の提示が必要な場合は、要に○をつけてください。
- ※5. 対象者の限定（例：複数人で来店の場合など）や実施日の限定（例：老人の日・老人週間、敬老の日、など）がある場合は（ ）内に記載ください。