年　　月　　日

しまね子育て応援パスポート事業　協賛申込書

島根県知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ） |  |
| 店舗名等 |  |
| 代表者名 |  |
| （担当者名） |  |
| 所在地（住所） |  |
| 電話番号 |  |

しまね子育て応援パスポート事業の趣旨に賛同し、下記の内容で協賛します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 業種、取り扱い商品など |  |
| 店舗等の名称 | （フリガナ） |
| 店舗等の所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞｱﾄﾞﾚｽ |  |
| FAX番号 |  | 電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 定休日 |  | 営業時間 |  |
| 提供する子育て支援サービス内容（120字以内） | サービスの内容 |  |
| 対象者や対象日の限定 | □ あり□ なし |
| 他都道府県のパスポートとの相互利用可否※連携可能な項目に☑ | □　全国共通展開□　中国５県連携（※一部の県のみの場合は以下の項目に☑）（□　鳥取県　　□　岡山県　　□　広島県　　□　山口県） |
| その他提供可能なサービス※該当サービスに☑ | 　　□　駐車場　　□　おむつ替え　　□　ベビーキープ等　　□　授乳　　　□　調乳 |
| 写真の掲載 | 　　□　写真の添付あり（サイズ200×124ピクセル推奨。最大４点。）※メールでデータをお送りください。　E-mail：shosi-taisaku@pref.shimane.lg.jp |
| メッセージ（PR）（120字以内） |  |
| 備考欄 |  |

※「記」以下の内容については必要に応じてホームページ等に掲載しますのでご了承ください。