

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-ムペ-ジアドレス	
FAX 番号		電子メールアドレス	
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	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 全国共通展開 <input type="checkbox"/> 中国5県連携 (※一部の県のみの場合は以下の項目に <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 鳥取県 <input type="checkbox"/> 岡山県 <input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 山口県		
その他提供可能なサービス ※該当サービスに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> おむつ替え <input type="checkbox"/> ベビーキープ等 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> 調乳		
写真の掲載	<input type="checkbox"/> 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。