

【様式】

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

高齢者応援サービス内容 情報提供書

島根県知事 様

(フリガナ) マル マル テン

店舗名等 〇 〇 店

代表者名 〇 〇 〇 〇

(担当者名 〇 〇 〇 〇)

所在地 〇〇市△△町××番地

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

65歳以上高齢者を応援するサービスに関して、下記の内容で実施しますので、情報提供します。

記

業種、取り扱い商品・サービスなど	(例) スーパー、生活雑貨販売、飲食店(ファミリーレストラン)、理髪店、文化、観光、体育、温泉など		
店舗等の名称 (※1)	(フリガナ) マル マル テン 〇 〇 店		
店舗等の所在地 (※1)	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市△△町××番地		
電話番号(※1)	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	ホームページアドレス(※2)	http://
FAX番号(※2)	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	電子メールアドレス(※2)	〇〇〇〇〇@〇〇〇
定休日	〇曜日	営業時間	〇〇:〇〇~〇〇:〇〇
提供する高齢者応援サービス内容 (※3)	年齢確認の提示(※4)	要・不要 ※いずれかに丸を付けてください (備考: (例) 初回のみ)	
	サービスの内容	(例) ・料金50円引き ・〇〇商品について5%引き ・団体取扱い ・ポイント2倍 ・粗品進呈 ・飲み物1杯無料サービス など	
	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 ※いずれかに丸を付けてください)	

※「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、利用者の年齢確認の提示が必要な場合は、要に〇をつけてください。
- ※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。