

伊丹市買い物支援協力店登録申込書

平成 年 月 日

伊丹市長 様

代表者住所

代表者氏名

伊丹市買い物支援協力店として下記のとおり登録を申し込みます。

記

店舗等の名称	(フリガナ)		
店舗等の所在地	郵便番号 (-) (フリガナ)		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス		ホームページ	
業種区分	1. 食品・食材 2. 衣類・日用品 3. 住まい・暮らし 4. 買い物代行・移動販売 5. その他 ()		
主な取扱い品			
営業時間			
定休日			
受付方法	<ul style="list-style-type: none"> ・来店 (直接店舗へ行き商品等を購入、自宅へ配達) ・電話 (電話で注文し、自宅へ配達) ・インターネット (ホームページより注文し、自宅へ配達) 		
注文受付・配達時間			
配達区域	<ul style="list-style-type: none"> ・市内全域 ・その他 () 		
お店からのPR	(配達以外にも、役務の提供など、対応できるサービス内容について簡潔に書いてください)		
宅配料・出張料等			
担当者連絡先	部署名等 (フリガナ) 氏名		

※ 注意事項

1. 申込書の内容(代表者名、担当者連絡先は除く)は、市ホームページに掲載します。
なお、スペース等の都合により、内容を要約して紹介する場合がありますので、ご了承ください。
2. 登録された情報は、「買い物支援事業」を推進する目的以外で使用することはありません。