

かすがい子育て応援店舗登録申込書

年 月 日

（宛先）春日井市長

住所又は所在地

氏名又は名称

代表者名

かすがい子育て応援店舗登録要綱に基づき、次のとおり登録を申し込みます。

| | | | | |
|-------------------|--|-----------------------|-------------|-----------------------|
| フリガナ | | | | |
| 店舗名 | | | | |
| 店舗所在地 及び連絡先 | (郵便番号) | | | |
| | Tel : | | | |
| | E-mail : | | | |
| ホームページ URL | | | | |
| 定休日 | | 駐車場 | 有 (台) ・ 無 | |
| 営業時間 | | | | |
| 取組内容 | 取組番号 | 内容 (A-0 又は B-0 の場合必須) | 取組番号 | 内容 (A-0 又は B-0 の場合必須) |
| | — | | — | |
| | — | | — | |
| | — | | — | |
| 添付書類 | 店舗外観写真、上記取組に関する写真 | | | |
| 業種 | <input type="checkbox"/> ショッピング <input type="checkbox"/> 飲食 <input type="checkbox"/> 学び <input type="checkbox"/> レジャー <input type="checkbox"/> 住まい・メンテナンス <input type="checkbox"/> 金融 <input type="checkbox"/> 理容・美容院 <input type="checkbox"/> 自動車・バイク・自転車 <input type="checkbox"/> 病院・薬局 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 店舗紹介文 (HP 掲載用) | | | | |

| | | |
|---------------|----------|-------|
| 担当者名 及び連絡先 | 氏名 : | |
| | Tel : | Fax : |
| | E-mail : | |