

かすがい健康マイレージ協賛申出書

年 月 日

春日井市長 様

申出者

担当者・役職		
連絡先	TEL	
	Eメール	

次のとおり協賛品等の提供を申し出ます。

事業所名 所在地等	フリガナ			
	名 称			
	代表者氏名			
	所在地	〒		
	TEL		FAX	
	Eメール			
ホームページ URL				
協賛品 内容・数量等				
PR内容 (お知らせ、セールスポイントなど任意)				
備考				

※事業所様のお名前や協賛内容等は、市が作成する「かすがい健康マイレージ」に関するチラシやホームページ等でPRいたします。