

FAX宛名:0279-75-6562

(FAXの場合は確認電話 75-8802をお願いします)

※送付文は不要です。このままお送りください。

受付番号(町役場使用欄)

(宛先)中之条町長 あて
(企画政策課)

令和4年度中之条町地域商品券取扱店舗登録申請書

令和4年度中之条町地域商品券取扱店舗募集要項に同意し、取扱店舗への登録を申請します。

申請日:令和 4 年 月 日

店 舗 情 報	郵便番号	〒			—
	店舗所在地	中之条町大字			
	店舗名				
	電話番号		FAX		
	代表者名				
	連絡先担当者名				
	店舗区分 (□のいずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 一般店(店舗面積 1,000 m ² 以下)(飲食店も使用可) <input type="checkbox"/> 大型店(店舗面積 1,000 m ² 超)(全店共通券のみ使用可) ※大型店内のテナントも大型店の扱いとなります。			
業種・業態 (該当□にチェック)	<input type="checkbox"/> スーパーマーケット <input type="checkbox"/> ホームセンター <input type="checkbox"/> ドラッグストア・薬局 <input type="checkbox"/> 食料品 <input type="checkbox"/> 衣料品 <input type="checkbox"/> 飲食 <input type="checkbox"/> 家電 <input type="checkbox"/> 旅行・レジャー関連 <input type="checkbox"/> 自動車関連 <input type="checkbox"/> ガソリンスタンド <input type="checkbox"/> コンビニエンスストア <input type="checkbox"/> その他()				

振 込 先 金 融 機 関	金融機関名	銀行 信組 信金 農協	本・支店名	本店 本所 支店 支所 出張所
	預金種別 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (左詰め)	
	フリガナ			
	口座名義			