

様式 1

年 月 日

奥州市福祉部福祉課 あて

(申請者) 住 所
名 称
代表者

「みまもりおーネット」協力申込書

奥州市地域見守り支援ネットワーク「みまもりおーネット」の趣旨に賛同し、
下記のとおり協力を申込みます。

記

事業所名称	(ふりがな)		
事業エリア (奥州市内で)			
住所電話番号等	〒		
	電話 番号	F A X 番 号	
	E- mail	H P U R L	
事業内容			
営業時間		定休日	
連絡担当者	所属・職名		
	氏 名		
	連 絡 先 (電話・FAX・メール)		

お申込み先 〒023-8501 奥州市水沢大手町1丁目1番地
奥州市役所 福祉部福祉課地域福祉係
みまもりおーネット担当 あて