

申請様式 1

令和 2 年 月 日

社会福祉法人 只見町社会福祉協議会
会 長 佐 藤 克 彦 様

令和 2 年度買い物支援（移動販売）事業者申請書

令和 2 年度社会福祉法人只見町社会福祉協議会買い物支援（移動販売）事業者として下記のとおり申請します。

〒	
住所	
事業所名（個人の方で事業所のある者を含む）	
カナ	
代表者名	印
電話番号	