

ヘルプマーク普及パートナー登録申込書

年 月 日

愛知県福祉局福祉部障害福祉課長 殿

申込者 事業者 名

代表者職・氏名

下記のとおり「ヘルプマーク普及パートナー」への登録を申込みます。

なお、登録の上は、「ヘルプマーク普及パートナーシップ制度実施要綱」を遵守します。

記

1 事業者情報

事業者名		
フリガナ		
代表者職・氏名		
所在地	(〒 -)	
ホームページURL		
業種		
設立年月日	西暦 年 月 日	
取組事項 ※予定で可。		
必要な啓発物品 ※部数によっては着払となる場合があります。 ※下記の担当者情報記載の住所に郵送します。	県作成啓発用ポスター (B2縦)	() 部 3部まで
	県作成啓発用ポスター (B3横)	() 部 3部まで
	県作成啓発用リーフレット (A4縦両面1枚)	() 部 50部まで

<啓発物品の送料について>

- ・ポスター (B3横) 及びリーフレットは元払い (県負担。ただしポスターは四つ折りになります。)
- ・ポスター (B2縦) は着払い (申込者様負担。梱包材に入れ、ゆうパックでの送付になります。)

2 担当者情報

所属	
住所	(〒 -)
フリガナ	
担当者氏名	
電話番号	
メールアドレス	