（様式第１号）

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

な

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 |  |