

海田町子育て支援パスポート事業参加申込書

海田町長様

店舗名等 _____

代表者名 _____

(担当者名) _____

海田町子育て支援パスポート事業に参加します。

区 分	<input type="checkbox"/> 買う <input type="checkbox"/> 食べる <input type="checkbox"/> 理美容 <input type="checkbox"/> 写す <input type="checkbox"/> あそぶ <input type="checkbox"/> その他
店舗等の名称	(ふりがな)
店舗等の所在地	
電話番号	
FAX 番号	
E-mail アドレス	
ホームページ アドレス	
営 業 時 間	
定 休 日	
パスポートを 提示することで、 できるサービス の内容	