

様式第 1

ともだち
令和 8 年度健康知立マイレージ事業に伴う協賛店及び商品認定申込書

年 月 日

知立市長 様

【申込者】

所在地

名称

代表者名

電話番号 ()

E-mail

ともだち
健康知立マイレージ事業に協賛し、下記のとおり商品を提供いたします。

記

商品名 (単価)	(円相当)
数量	
その他	その他、要望がありましたら記入してください。