

(様式第1号)

# ヘルプマーク普及パートナー登録申込書

(西暦) 年 月 日

愛媛県保健福祉部生きがい推進局障がい福祉課長 様

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 ※ヘルプマーク普及に係る取組事項(予定で可)を記入してください。		
必要な啓発物資 ※下記の担当者情報記載の住所に郵送します。	啓発用チラシ (A4縦両面1枚)	( ) 部 50部まで
	啓発用ポスター (B3横)	( ) 部 3部まで

#### <啓発物資の送料について>

・県負担。ただしポスターは四つ折りになります。

### 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	