新潟県美容業生活衛生同業組合　事務局【ＦＡＸ：０２５－２２８－３６７８】行

「地域のお店応援商品券」取扱店登録申込書

「地域のお店商品券」取扱店募集要項の記載事項に同意し、取扱店に申し込みます。

また、要項に基づき取扱店の責務等について遵守することを誓います。

　　　　上記に同意します（✔を入れてください）

申込日　令和２年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 組合員氏名 | （フリガナ） | 所属支部名 | 新潟西　　新潟東  中　東　　西　蒲  新発田北蒲  ※〇で囲んでください |
| 店　舗　名 | （フリガナ） | | |
| 所　在　地 | 〒  新潟市　　　　　区 | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 利用銀行口座  ※いずれかを〇  で囲んでください | １　第　四　　　２　北　越　　　３　大　光  ４　新潟しんきん　　　５　新潟けんしん  ６　今後『　　　　　　　　　　』に開設する | | |
| （法人の場合） | 法人名  （フリガナ）  代表者氏名 | | |
| メールアドレス  ※必須ではない |  | | |