

(様式第1号)

出店希望書

浜田市健康福祉部地域福祉課長 様

提出日	令和××年××月××日
事業所名	●●事業所
担当者名	管理者 ●●●●
連絡先	0855-××-××××

障がい者チャレンジショップへの出店を次のとおり希望します。

出店月	××月	
出店希望回数	月 2 回程度	
販売予定商品	パン、クッキー	
以下、希望がある場合に記入		
出店希望曜日 (○印)	月 火 ○水 木 金	
出店日	×× 日	×× 日
開店～閉店時刻	12:00～13:00	12:00～13:00
日	日	日
: ~ :	: ~ :	: ~ :

※ ファクシミリ【0855-22-9733】による提出可。