（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 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

　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　　　回程度 | |
| 販売予定商品 |  | |
| 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  開店～閉店時刻 | 日  　　：　　～　　： | 日  　　：　　～　　： |
| 日  　　：　　～　　： | 日  　　：　　～　　： | 日  　　：　　～　　： |

※　ファクシミリ【０８５５－２２－９７３３】による提出可。