（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。