

(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	日		日		
開店～閉店時刻	: ~ :	:	:	~ :	:
日	日		日		
: ~ :	: ~ :	:	:	~ :	:

※ ファクシミリ【0855-22-9733】による提出可。