様式１（第４（１）関係）

青森県治療・受療リテラシー向上事業協賛申込書

令和　　年　　月　　日

　　青森県健康医療福祉部　がん・生活習慣病対策課長 殿

（申込者）

住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　企業（店舗）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　標記事業への協賛について、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 協賛品の品名 |  |
| 提供可能な数量 |  |
| 担当者所属・住所  （申込者と異なる場合） | 〒 |
| 担当者職氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

※協賛品の概要がわかる資料（写真データ、チラシ、掲載URLなど）を添付してください。