受付No.

遠賀町生活支援商品券参加事業所登録申請書

店　舗　名	※広報宣伝で使用する名称です。		
事業所名	□店舗名と同じ	代表者役職及び氏名	
店舗所在地			
電話番号		FAX 番号	
担当者名		役職名	
業　　種	※いずれかを〇で囲んでください ・販売　・飲食　・サービス　・その他（　　　　）		
主な取扱商品・サービス等			
取扱店舗数※2	※いずれかを〇で囲んでください ・１店舗のみ　・２店舗以上（　　店舗）		
換金手続き	・振込希望　・窓口希望 ※振込希望の場合下記にご記入ください		
振込先指定口座	金融機関名	支店名等	
	口座種別	普通　・　当座	口座番号
	フリガナ 名　義		

※１　本書の提出に伴い、遠賀町商工会での換金の際に入会をおすすめする場合があります。ご了承ください。
※２　複数の店舗を有する場合は申請書をコピーの上、店舗ごとにお申込みください。

当事業所は、遠賀町生活支援商品券参加事業所募集要項を確認した上で、本事業の趣旨に賛同し、参加事業所の登録を申請いたします。

また、当該募集要項をはじめ、本事業に関係する一切の法令等を遵守します。

令和　　年　　月　　日

＜申請者＞

・事業所名：

・代表者名：　　　　　　　　　印

受付印