

サポートショップ登録変更・廃止届

申込み年月日 年 月 日
届出者
所在地
登録店舗等の名称
氏 名
電話番号

1 登録内容を以下のとおり変更したいので届け出ます。

- (1) 変更年月日 年 月 日から
(2) 変更する内容

項 目	変 更 前	変 更 後
店舗・事業所名称		
所 在 地		
電 話 番 号		
メールアドレス		
ホームページアドレス		
営 業 時 間		
定 休 日		
ジャンル	<input type="checkbox"/> 買う <input type="checkbox"/> 食べる <input type="checkbox"/> 遊ぶ <input type="checkbox"/> 泊まる <input type="checkbox"/> 習う <input type="checkbox"/> 金融 <input type="checkbox"/> 理容・美容 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 買う <input type="checkbox"/> 食べる <input type="checkbox"/> 遊ぶ <input type="checkbox"/> 泊まる <input type="checkbox"/> 習う <input type="checkbox"/> 金融 <input type="checkbox"/> 理容・美容 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> その他（ ）
提供サービス内容		
対 象 者		
備 考		
全国消防団応援の店	<input type="checkbox"/> 協力する <input type="checkbox"/> 協力しない	<input type="checkbox"/> 協力する <input type="checkbox"/> 協力しない
にいがた消防団員サポート制度	<input type="checkbox"/> 協力する <input type="checkbox"/> 協力しない	<input type="checkbox"/> 協力する <input type="checkbox"/> 協力しない

※変更する項目のみ記入してください。

2 登録を廃止したいので届け出ます。

- (1) 廃止年月日 年 月 日から
(2) 廃止する理由

※メール、FAX 又は郵送で提出をお願いします。

提出先：十日町地域消防本部総務課消防団係
TEL：025-757-1556 FAX：025-757-8499 E-MAIL：tfd119@tokamachi-kouiki.jp