南海トラフ地震対策優良取組事業所認定制度

認定事業所応援制度登録申込書

　　年　　月　　日

　高知県危機管理部

南海トラフ地震対策課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　認定事業所に優遇サービスを提供し、高知県の総合防災力向上に貢献するために認定事業所応援援制度への登録を申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な  事業所（店舗）名 | |  | |
| 所在地 | |  | |
| ふ　り　が　な  代表者氏名 | |  | |
| ふ　り　が　な  担当者氏名 | |  | |
| 担当者  連絡先 | 電話番号 |  | |
| メール  アドレス |  | |
| 窓口等  ※認定事業所の連絡先 | 電話番号 |  | |
| 営業時間 | 時　　分　～　　　　時　　分　（24時間表示） | |
| 定休日 |  | |
| ＨＰ（任意） | ＵＲＬ： | |
| 提供サービスの内容 | | 対象 | 備考（任意） |
| （記入例）  ・融資金利の優遇  ・保険料の優遇  　　　　　　　　　　等 | | （記入例）  ・認定事業者  ・５つ星 事業者  　　　　　　　　　　等 |  |

※ご記入いただいた内容については、県のホームページでご紹介させていただきます。