

埼玉県コバトン健康マイレージ事業協賛申込書

年 月 日

(宛 先)
埼 玉 県 知 事

埼玉県コバトン健康マイレージ事業の趣旨に賛同し、下記のとおり協賛の申込みを行います。

1 協賛申込者

企業・団体の名称	フリガナ		代表者名	
所在地	〒			
連絡先	担当者名		電話番号	
	FAX番号		電子メールアドレス	

2 協賛内容

(1)協賛物品・事業などの名称	(2)数量	(3)提供又は貸与いただける期日、期間	(4)評価額(〇〇円相当)	備考
協賛評価額の合計				円

※適宜、行を追加してください。

3 特記事項

--