

埼玉県コバトン健康マイレージ事業協賛申込書

令和2年7月1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	サイタマケン	代表者名	コバトン
	埼玉県株式会社			
所在地	〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1			
連絡先	担当者名	さいたまっち	電話番号	048-830-3663
	FAX番号	048-830-4804	電子メールアドレス	〇〇@pref.saitama.lg.jp

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
イベント「コバトン健康マイレージまつり」開催	一式	令和2年8月1日	1,000,000円	
協賛金の提供	一式	令和2年8月1日	1,000,000円	
物品の提供「コバトンぬいぐるみ」	500	令和2年8月1日	250,000円	単価1個:500円
協賛評価額の合計			2,250,000円	

※適宜、行を追加してください。

3 特記事項

協賛特典の希望時期などを記載してください。
例)お知らせ掲載の時期:8月1日から4週間(4回分)、12月1日から4週間(4回分) など