

みやざき健康ふくしまつり2024協賛申込書

令和 年 月 日申請

申込者について	ふりがな		業種	
	会社・個人名			
	ご担当者		所属部署	
	電話番号	会社代表	ご担当者	
	住所	〒		
	メールアドレス			
協賛について	申込内容について	(1口 5,000円) 口、 円 申し込みます。		
	支払い方法について	支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金払い	<input type="checkbox"/> 振込み
		請求書	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要
		領収書	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要
みやざき健康ふくしまつり2024への協賛を申し込みます。				
申込者				