

(様式第1号)

おおむら応援まちトク商品券事業参加申請書

令和 年 月 日提出

大村市中央商店会商品券事業事務局 御中

おおむら応援まちトク商品券事業の約款に同意の上、本商品券事業に参加いたしたく、申請いたします。

参加店舗名	
代表者氏名・役職名	(印)
店舗の住所	〒856- 大村市
加盟商店会名	
連絡先TEL	
連絡先FAX	
販売品目	
商品券換金額 振込先金融機関	銀行・信用金庫 本店・支店 農業協同組合 支所・出張所
預金種類 口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号
フリガナ	
口座名義	

- ※ 参加申請書は、おおむら応援まちトク商品券事業事務局へFAXまたは持参にてご提出ください。
- ※ 参加申請書にご記入いただいた個人情報につきましては、おおむら応援まちトク商品券事業における本人確認、登録証明書の発行、商品券の換金手続きおよび本事業に関する連絡のためにのみ使用いたします。

提出先：おおむら応援まちトク商品券事業事務局
〒856-0832 大村市本町392-1
TEL 0957-46-7507
FAX 0957-46-7508
メール MATI.TOKU@aroma.ocn.ne.jp