

かごしま健康イエローカードキャンペーン強化月間の協賛企画

(次のあてはまる項目の左側に、○を付けてください。)

協 賛 企 画	1 当日使用できる割引	(例) **を利用・注文で, **円割引。 入会金が無料。
	2 追加サービスの提供	(例) **を利用・注文で, **をサービス。
	3 次回以降の特典付与	(例)来店で, 次回使える引換券をプレゼント。
	4 その他	(例)期間限定で, 減塩メニューを追加します。 ()

※「その他」に○印を付けた場合は、具体的な内容を記入してください。

令和 5 年 9 月 日

(指定を受けているものに、○を付けてください。)

対 象 区 分	かごしま食の健康応援店
	女性の健康づくり協力店
	たばこの煙のないお店

店 舗 名 等	
---------	--

〒

住 所

電 話

FAX

メー ル ア ド レ ス

代 表 者
職 ・ 氏 名

連絡責任者
職・氏名

- ※ 10月中に実施予定の協賛企画がございましたら、御回答ください。
- ※ 回答期限 9月19日(火) (県ホームページに掲載予定)
- ※ 提出先 管轄の地域振興局, 支庁等(鹿児島市は, 県健康増進課へ)
- ※ この用紙は, 県ホームページからダウンロードできます。