**豊田市高齢者クラブ連合会　会員特典制度　協力申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| **名称** |  |
| **業種** |  |
| **代表者名** |  |
| **担当者名** |  |
| **住所** | ※できれば場所がわかる資料を添付してください。 |
| **電話番号** |  |
| **HP** | HP（ホームページ）がある場合は、URLをご記入ください。 |
| **特典内容** |  |
| **特典の利用開始****希望日** | ①　　　月　　　日（日付指定）②　いつでも可 |

**ＦＡＸ送信　０５６５－３２－９７７９**

**◆問合せ◆　豊田市高齢者クラブ連合会　事務局**

〔電　話〕０５６５－３４－６６６０　〔Ｅ-mail〕shikoren2015@gmail.com

〒４７１―８５０１　　豊田市西町３－６０（市役所南庁舎２階　市民活躍支援課内）

以下高齢者クラブ会員が記入（担当者がいる場合）

＜高齢者クラブ会員担当者情報＞

クラブ名：　　　　　　　　名前：　　　　　　　　電話番号：