年　　　月　　　日

**オレンジネットワーク事業協力同意書**

**伊方町長　様**

　　伊方町オレンジネットワーク事業の趣旨を理解し賛同しましたので、協力することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 協力機関名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| 代表者職・氏名 | 職名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 所在地 | 〒　　　　　　-　　　　　　　　 |
|  |
| 連絡先 | 電話番号　　（　　　　　　　　　）　　　　　　　-　　　　　　　　　 |
| FAX　　（　　　　　　　　　）　　　　　　　-　　　　　　　　　 |
| e-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 担当者職・氏名 | 職名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 備考 | 営業時間　　　　　　　　　　時　　　　分　～　　　　　時　　　　分 |
| 休業日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| その他特記事項 |