

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	(フリガナ) _____
代表者職・氏名	職名 _____ 氏名 _____ 印
所在地	〒 _____
連絡先	電話番号 (_____) _____ F A X (_____) _____ 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