

提出先：大月市役所

保健介護課 介護予防担当行

フェイスシールド申込書

令和2年 月 日

1. 太枠を記入してください

事業所名	(ふりがな)	
住 所	〒 (-)	
	大月市	
代表者名		担当責任者
電話番号	-	
FAX番号	-	
業務内容及び 主な取扱品目	飲 食 店 ・ 食 料 品 衣 料 品 ・ そ の 他 ()	
フェイスシールド 希望数		従業員数 名

2. 確認の上 ☐ にチェックをしてください (申込者が記入してください)

フェイスシールドは数に限りがあるため、 申込多数の場合は配布数を調整することに同意します	☐
---	--------------------------

備 考	
受 付	() 出張所 ・ F A X ・ 郵送 ・ 本庁

【問合せ先】 大月市役所 保健介護課 介護予防担当

電 話 23-8034

F A X 22-6422