鎌倉市　健康福祉部高齢者いきいき課　行

【申請者】

・店舗又は施設名

・代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(署名または押印)

（連絡先：　電話　　　　　　　　　―　　　　　　 　　－　　 　　　　）

・所在地

〒＿＿＿-＿＿＿＿＿　住所:　鎌倉市

●変更の場合●

【変更申請内容】　該当する項目に〇をお願いします。

　①　ジャンル　②　店舗名/施設名　③　店舗/施設紹介　④　優待サービス内容

　⑤　交通アクセス　⑥　所在地　⑦　電話番号及びＦＡＸ番号

　⑧　営業時間及び定休日　⑨　ホームページ（アドレス）

　⑩　加盟商店会・商業施設名　⑪　チェーン店名

申請内容変更

新規情報

旧情報

●登録解除の場合●

理由：