令和２年　　月　　日

指宿市長　殿

**指宿市テイクアウト商品デリバリー支援事業参加申込書**

申込者氏名：　　　　　　　　　　　印

住所：

電話番号：

　私は，指宿市テイクアウト商品デリバリー支援事業の趣旨を理解の上，下記の通り事業参加を申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗名 |  |
| 店舗住所 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| デリバリー対応可能日（※） | 月・火・水・木・金・土・日・祝 |
| メニュー表 | 裏面のとおり |
| 休業日 |  |

※印の項目は，該当するものに〇をつけてください。

【提出先】〒891-0497　指宿市十町2424

指宿市役所商工水産課商工運輸係

TEL:0993-22-2111（内312・313）

FAX:0993-23-4987

**指宿市テイクアウト商品デリバリー支援事業**

**メニュー表**

店舗名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | 品名 | 単価（税込） |
| １ |  | 円 |
| ２ |  | 円 |
| ３ |  | 円 |
| ４ |  | 円 |
| ５ |  | 円 |
| ６ |  | 円 |
| ７ |  | 円 |
| ８ |  | 円 |
| ９ |  | 円 |
| 10 |  | 円 |

※各店舗10品目までです。

【ご記入上の注意】

●　配達中にこぼれるもの，溶けるもの，生ものは配送不可です。

●　商品単価は税込500円以上の品目に限定させていただきます。

●　商品は，ふたがしっかりしまる構造の容器に入れてください。

●　商品の容器は，縦横35センチ，高さ14センチ以内に収まるようにしてください。