

高齢者向けの移動販売申込用紙

以下の太枠内に必要事項をご記入ください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　申込者 | か　な氏　名 |  | 電話番号 |  |
|  |
| 住　所 |  |
| 代表の連絡窓口 | か　な氏　名 |  | 電話番号メールアドレス |  |
|  |  |
| 団体名 |  | 組織内全体での共有 | あり・なし　　必須です |
| 住　所 |  |
| 希望する理由 |  |
| 駐車場所 | か　な場所名 |  | 駐車許可の確認 | あり・なし　　必須です**※公園・公道は不可** |
|  |
| 住　所 |  |
| 販売の希望日時 | なし・あり　第1希望：（　　　　）曜日、午前・午後　　　　時　　　　分頃　　　　　　第2希望：（　　　　）曜日、午前・午後　　　　時　　　　分頃　　　　　　第３希望：（　　　　）曜日、午前・午後　　　　時　　　　分頃　　　　　※販売ルート等の関係でご希望に添えない場合もあります。 |
| 枚方市と地域包括支援センター、ウエルシア薬局（株）で情報を共有します。ご記入いただいた個人情報は、個人情報保護に関する法律及び関連法令に基づき処理、管理いたします。　　　　◎上記内容に同意します。　（署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当圏域の地域包括支援センター名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |

【備考】

・個人を対象とした移動販売ではありません。地域の自治会等のグループ単位での申込となります。

・駐車スペースの確保が必要となります。場所利用に関する補助等はありません。

**（令和６年４月作成）**

**お問合せ 〈商品のお問合せ〉**

 ウエルシア枚方中宮本町店 ☎ 072-805-3545

**〈停留場所のお問合せ〉**

枚方市健康づくり課 　☎　 072-841-1458

　　　　　　　　　　　　 FAX　072‐841-3039

　 　　 　 E-mail kenkokaigo@city.hirakata.osaka.jp

