

年 月 日

山武市高齢者福祉課あて

移動スーパー販売場所要望書

1. 申込者

|              |  |
|--------------|--|
| 名前(必須)       |  |
| 住所(必須)       |  |
| 電話番号<br>(必須) |  |
| FAX          |  |
| Email        |  |

※ 極力、自治会や福祉団体など地域単位で希望されますようお願いいたします。

2. 移動スーパー販売希望地区

|              |   |
|--------------|---|
| ①希望場所        | (例) ●●1丁目、■●団地  |
| ②駐車場所<br>候補地 | <input type="checkbox"/> 有 ⇒③にもご回答ください。 <input type="checkbox"/> 無<br>(名称・住所： ) |
| ③地権者<br>との調整 | <input type="checkbox"/> 了承を得ている <input type="checkbox"/> 了承を得ていない              |

※ 駐車場所候補地があることや、地権者と調整済であることは要件ではありませんが、調整が進みやすくなります。

※ 実施事業者にもよりますが、2～4台程度の停車スペースを確保する必要があります。

3. 確認事項(内容を確認し、チェックを入れてください)

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 市が移動スーパーを運行するものではなく、要望を事業者にお伝えし、巡回可能か調整するものです。販売ルート編成や駐車スペース等の都合で、実施できない可能性があることをご了承ください。 |
| <input type="checkbox"/> | 開始後も利用客数や販売金額がある程度確保できない場合は、販売を取り止めることがありますので、周辺住民の方々への周知にご協力くださいますようお願いいたします。            |

4. その他ご意見、ご希望、特記事項等があれば、ご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

お問合せ・申込先：山武市高齢者福祉課

【郵送】〒289-1392 千葉県山武市殿台 296 番地 【電話】0475-80-2642 【FAX】0475-80-2650