様式２

岐阜県健康・スポーツポイント事業協力店

変更（中止）届出書

届出日：令和　　年　　月　　日

岐阜県健康福祉部保健医療課長　様

届出者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 | 〒　　　　　- |
| 企業(店舗)名等 |  |
| 担当者・役職 |  |
| 連　絡　先 | 電話：（　　　　　）　　　　　- |

下記のとおり、変更（中止）しますので、届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **現在の認定店舗名称（必須）** |  |
| 店舗(施設)名 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 所　在　地 | 変更前 | 〒　　　　　－ |
| 変更後 | 〒　　　　　－ |
| 電話番号 | 変更前 | （　　　　　）　　　　　　－ |
| 変更後 | （　　　　　）　　　　　　－ |
| ＨＰアドレス | 変更前 | http:// |
| 変更後 | http:// |
| サービス（特典）内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
|  | ※変更後のサービス提供（予定）日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

注：上記項目のうち、変更がある項目についてのみ記入してください。

注：協力店の内容を変更するときは、変更が生じる１か月前までに届け出てください。

注：届出にあたり、サービス（特典）内容について、不当景品類及び不当表示防止法を遵守し適正な表示であるか確認のうえ記載してください。