

赤ちゃんのえき登録申請書

令和 年 月 日

太子町長様

申請者	所在地 *	
	名称 *	
	代表者名前 *	印

下記のとおり、「赤ちゃんのえき」として登録を申請します。
登録後、施設情報を町ホームページ、町広報紙等に掲載することに同意します。

施設・店舗名 *		
施設等の所在地 *	〒 太子町	
	電話番号	メールアドレス
	FAX番号	
施設の区分 *	スーパーマーケット 飲食店 医療・福祉施設 子育て支援施設 公共施設 その他 () ※該当する項目に○印を記入してください。	
サービスの提供内容 * ※該当する項目に○印をつけてください。 ※1または2は必須です。	1 授乳・搾乳の場所 2 オムツ交換の場所 3 ミルク用お湯の提供 4 手洗い場又は消毒液の提供	
利用できる曜日等 * ※該当する曜日に○印をつけてください。	日 月 火 水 木 金 土 付記(例：毎月第2土曜日は定休日のため利用不可) ()	
利用可能時間 *	時 分 ~ 時 分	
ホームページURL		
備考		
ポスターの等の必要枚数	ポスター(A4) 枚・ステッカー 枚	
担当者連絡先	所属・名前	
	電話番号	
	メールアドレス	