

# 募金自動販売機情報カード

受付日	20	年	月	日	設置番号	自			
-----	----	---	---	---	------	---	--	--	--

設置種別	1、コンビ機 2、カップ機
------	---------------

## ★ご紹介者

ふりがな		TEL		携帯	
ご紹介者名	様				
企業名		部署		役職	
ご住所	〒				

## ★設置先情報

ふりがな		支店名または 営業所名	
名称	様		
ご住所	〒		
担当者情報	部署	役職	氏名
TEL		FAX	入替飲料メーカー名
携帯		※該当箇所に○印をつけて下さい	現在の 自販機
			有・無
			設置場所
			屋内・屋外

## ★紹介者連絡事項


※設置不可エリア ～ 青森県、島根県、鳥取県、鹿児島県、宮崎県、離島

## ★生活支援金受給者情報 (必ず記入して下さい)

氏名		登録番号		県	NO.
----	--	------	--	---	-----

## ★事務局処理欄

メーカー 連絡日	設置日	紹介者 連絡日	HP掲載日	礼状 送付日

※チャリティコピー機情報カードは、メールかFaxで送って下さい。

(一社)障がい者の明日を考える会 行

Mail : info.shogaisha@gmail.com

FAX 092-260-7427

TEL 070-6994-3701