

(様式第1号)

出店希望書

島根県健康福祉部障がい福祉課長 様

提出日	令和 年 月 日
事業所名	
担当者名	
連絡先	

障がい者チャレンジショップ「すまいる」への出店を次のとおり希望します。

出店月	月	
出店希望回数	月 回程度	
販売予定商品		
以下、希望がある場合に記入		
出店希望曜日 (○印)	月 火 水 木 金	
出店日	日	日
開店～閉店時刻	: ~ :	: ~ :
日	日	日
: ~ :	: ~ :	: ~ :

※ 就労支援スタッフ管理者

Eメール shurou-syougai@pref.shimane.lg.jp

ファクシミリ【0852-22-6687】 による提出可