令和　　　年　　　月　　　日

**ブルーライトアップ申請書**

（あて先）小　牧　市　長

申請者　　企業・団体名

担当者氏名

住　所

ＴＥＬ　　　（　　　）

ＦＡＸ　　　（　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| ライトアップ日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）～  令和　　　年　　　月　　　日（　　）  　　　　　　時　　　分～　　時　　　分 |
| ライトアップ  箇所 |  |
| ライトアップ  内容 |  |

問い合わせ先：小牧市保健センター　成人保健係

　　　　　　　TEL　（0568）75-6471

　　　　　　　FAX　（0568）75-8545

　　　　　　E-mail：hokensen@city.komaki.lg.jp