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