

FAX 0242-24-1529

会津中央病院 フリーマーケット実行委員会 宛

平成30年度会津中央病院フリーマーケット出店申込用紙

代表者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( \_\_\_\_\_ 歳)

団 体 名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

自宅(会社)電話番号 \_\_\_\_\_

代表者携帯番号 \_\_\_\_\_

参 加 人 数 \_\_\_\_\_ 名

希 望 区 画

① 食品 \_\_\_\_\_区画 品名:

② 物品 \_\_\_\_\_区画 テント付き 品物:

③ 物品 \_\_\_\_\_区画 テントなし 品物:

④ 車輛による販売 \_\_\_\_\_区画 品物:

・食品：3,000円  
・物品(テント付き)：3,000円、物品(テントなし)：1,000円  
・車輛による販売：3,000円

※1区画は3m×3mになります。

区 画 料 合 計 　　¥ \_\_\_\_\_ 円

資材搬入時の車両乗入台数(1区画につき1台まで) \_\_\_\_\_ 台