

養老 pay 取扱店登録申請書

養老町商工会長 様

FAX 0584-32-2862

養老 pay 取扱店登録を以下のとおり申請します。

申込日：令和 年 月 日

フリガナ 事業所名	注：取扱店一覧等への掲載名でご記入ください		
業種			
フリガナ 代表者	<同意書> 取扱店として、広報、ホームページ等に掲載することに同意します。 印		
住所	〒 養老町		
電話		F A X	
メール			
換 金 融 機 関	金融機関名		
	支店名		
	預金種別		
	□座番号		
	フリガナ		
	□座名義		

※ご記入いただいた個人情報は、養老 pay 事業以外の目的には使用いたしません。

※取扱店の登録申請にあたり、次のことにご留意ください。

◇登録資格

・商工会員

◇次に掲げる事業所は除外する。

- ・養老町暴力団排除条例第2条第1項から第3項に掲げる者また暴力団等と密接な関係を有するもの
- ・特定の宗教または政治団体と関わるもの
- ・公序良俗に反する営業を行うもの
- ・その他商工会長が不相当と認める営業を行うもの