

## 赤い羽根自販機の設置希望連絡票

令和 年 月 日

赤い羽根自販機の設置を希望します。

### 1 設置希望者について

企業・団体名 (個人の場合は氏名)	
担当者名 (個人の場合は不要)	
所在地	〒 ー 福岡県
電話番号	( ) ー
FAX番号	( ) ー
ホームページ	※設置いただいた際に、本会ホームページで紹介しますので、企業・団体のホームページがある場合は、アドレスをご記入ください。

### 2 設置希望の赤い羽根自販機について

販売業者 (本会HPに掲載している業者から選択)	第1希望:  第2希望:  ※設置地域により、一部取扱いができない場合がありますので、その際にご相談させていただきます。
設置台数	台
設置状況 (どちらかに○)	[ ] 今回新たに設置 [ ] 現在設置している自販機と入れ替える ※現在設置している自販機メーカー[ ]
設置場所 (具体的に)	(例) 公民館の入口付近に1台
設置時期	月頃

#### 《設置条件》

- ①設置場所としておよそ1㎡のスペースが必要です。
- ②原則、毎月の電気代(2,000~3,000円)をご負担いただきます。  
※電気代は、設置場所の環境(屋外設置、季節など)により、変動する場合があります。

#### 【問い合わせ・申し込み先】

社会福祉法人福岡県共同募金会  
〒816-0804 福岡県春日市原町3-1-7 クローバープラザ6階  
TEL 092-584-3388 FAX 092-584-3386  
HP <http://www.fsw.or.jp/kyobo/index.html>

