ネーミングライツ事前相談申込書（事業者提案型）

　　年　　月　　日

　（宛先）　瀬戸市長

所在地

申込者　名　称

代表者

次のとおりネーミングライツの応募を検討するため、事前相談を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象施設の名称 |  |
| 提案する愛称 |  |
| ネーミングライツ料 | 年額　　　　　　　　　　円  （消費税額及び地方消費税額を含む。） |
| 愛称の使用期間 | 年　　月　　日 ～　　　年　　月　　日  （　　年間） |
| 対象施設の選定理由、応募の趣旨等 |  |

【事務担当者及び連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |