県記入用No.

「福岡サイクルステーション」登録申請書

令和　　年　　月　　日

福岡県企画・地域振興部交通政策課長　宛

所在地

名　称

代表者

職・氏名

　「福岡サイクルステーション」の登録条件を別紙チェックシートのとおり満たしているので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗・施設等の名称《必須》 | （フリガナ） |
|  |
| 所 在 地《必須》 | （フリガナ） |
| 〒　 －　　 |
| 連絡先 | ご担当者名《必須》 |  |
| 電話番号《必須》 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 店舗情報 | ホームページ ＵＲＬ |  |
| 定休日《必須》 |  |
| 営業時間《必須》 |  |

○下線の項目は、申請書の内容をウェブサイト（※）に掲載します。

（※）https://www.crossroadfukuoka.jp/cycletrail/

○《必須》以外の項目もできる限り記載をお願いします。

○別紙「福岡サイクルステーション」チェックシートを添付してください。

○複数店舗・施設の申請を行う場合は、店舗・施設毎に申請書及びチェックシートを作成

してください。