（様式第３－２号）参加店舗一覧表兼誓約確認書（※既存資料で同様の内容が確認できれば代替書面も可）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | （〇〇〇●〇）グループ | 構成員数 | （〇〇）事業者・店舗 |
| 構成員 | | 誓約確認欄（☑をしてください。） | |
| 代　表  申請者 | 所在地　〇●〇  事業者名　〇〇〇　（店舗名　〇〇〇）  認証店登録番号〇●〇●  代表者　職氏名　〇●〇  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（または自署） | □鳥取県安心対策エリア版割増クーポン食事券パート２事業参加に係る誓約書を遵守します。  □地域グループとして地域の感染拡大予防対策に努めます。  □代表申請者として団体内のクーポン利用に関する調整、補助金手続きを行います。 | |
| ２ | 所在地　〇●〇  店舗電話番号  事業者名　〇〇〇　（店舗名　〇〇〇）  認証店登録番号〇●〇●  代表者　職氏名　〇●〇  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（または自署） | □鳥取県安心対策エリア版割増クーポン食事券パート２事業参加に係る誓約書を遵守します。  □地域グループとして地域の感染拡大予防対策に努めます。  □代表申請者を代理人と定め、補助金手続きに関する権限を　委任します。 | |
| ３ | 所在地　〇●〇  店舗電話番号  事業者名　〇〇〇　（店舗名　〇〇〇）  認証店登録番号〇●〇●  代表者　職氏名　〇●〇  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（または自署） | □鳥取県安心対策エリア版割増クーポン食事券パート２事業参加に係る誓約書を遵守します。  □地域グループとして地域の感染拡大予防対策に努めます。  □代表申請者を代理人と定め、補助金手続きに関する権限を　委任します。 | |
| ４ | 所在地　〇●〇  店舗電話番号  事業者名　〇〇〇　（店舗名　〇〇〇）  認証店登録番号〇●〇●  代表者　職氏名　〇●〇  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（または自署） | □鳥取県安心対策エリア版割増クーポン食事券パート２事業参加に係る誓約書を遵守します。  □地域グループとして地域の感染拡大予防対策に努めます。  □代表申請者を代理人と定め、補助金手続きに関する権限を　委任します。 | |
| ５ | 所在地　〇●〇  店舗電話番号  事業者名　〇〇〇　（店舗名　〇〇〇）  認証店登録番号〇●〇●  代表者　職氏名　〇●〇  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（または自署） | □鳥取県安心対策エリア版割増クーポン食事券パート２事業参加に係る誓約書を遵守します。  □地域グループとして地域の感染拡大予防対策に努めます。  □代表申請者を代理人と定め、補助金手続きに関する権限を　委任します。 | |
| ６ | 所在地　〇●〇  店舗電話番号  事業者名　〇〇〇　（店舗名　〇〇〇）  認証店登録番号〇●〇●  代表者　職氏名　〇●〇  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（または自署） | □鳥取県安心対策エリア版割増クーポン食事券パート２事業参加に係る誓約書を遵守します。  □地域グループとして地域の感染拡大予防対策に努めます。  □代表申請者を代理人と定め、補助金手続きに関する権限を　委任します。 | |
| ７ | 所在地　〇●〇  店舗電話番号  事業者名　〇〇〇　（店舗名　〇〇〇）  認証店登録番号〇●〇●  代表者　職氏名　〇●〇  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（または自署） | □鳥取県安心対策エリア版割増クーポン食事券パート２事業参加誓約事項を　遵守します。  □地域グループとして地域の感染拡大予防対策に努めます。  □代表申請者を代理人と定め、補助金手続きに関する権限を　委任します。 | |
| ８ | 所在地　〇●〇  店舗電話番号  事業者名　〇〇〇　（店舗名　〇〇〇）  認証店登録番号〇●〇●  代表者　職氏名　〇●〇  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（または自署） | □鳥取県安心対策エリア版割増クーポン食事券パート２事業参加に係る誓約書を遵守します。  □地域グループとして地域の感染拡大予防対策に努めます。  □代表申請者を代理人と定め、補助金手続きに関する権限を　委任します。 | |
| ９ | 所在地　〇●〇  店舗電話番号  事業者名　〇〇〇　（店舗名　〇〇〇）  認証店登録番号〇●〇●  代表者　職氏名　〇●〇  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（または自署） | □鳥取県安心対策エリア版割増クーポン食事券パート２事業参加に係る誓約書を遵守します。  □地域グループとして地域の感染拡大予防対策に努めます。  □代表申請者を代理人と定め、補助金手続きに関する権限を　委任します。 | |
| 10 | 所在地　〇●〇  店舗電話番号  事業者名　〇〇〇　（店舗名　〇〇〇）  認証店登録番号〇●〇●  代表者　職氏名　〇●〇  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（または自署） | □鳥取県安心対策エリア版割増クーポン食事券パート２事業参加に係る誓約書を遵守します。  □地域グループとして地域の感染拡大予防対策に努めます。  □代表申請者を代理人と定め、補助金手続きに関する権限を　委任します。 | |

※あわせてエリア全体図（参加店舗それぞれのエリア内の位置を示したもの）を添付してください。