|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名（役職・氏名） |  |
| 担当者氏名 |  |
| 担当者電話番号 |  |
| 担当者メールアドレス |  |

１ 実施内容について

(1)希望する講義内容（希望するものに○をつけてください）

　　 ① 商店街インバウンド理解推進セミナー 　【　　　】

② 買い物サポート講習会　　　　　　　　 【　　　】

③ キャッシュレス推進セミナー　　　　　　【　　　】

（特に、希望するテーマがございましたらご記入ください）

(2)希望時期

(3)開催予定会場

(4)出席予定の商店街団体等（複数団体を取りまとめて応募いただく場合）

２ 貴団体の状況について

(1)貴地域内における現在のインバウンドの対応状況について

　 (2)貴地域内におけるキャッシュレスサービス推進状況について

(3)その他、貴地域内で今後実施したいと考えている取組について