

シーニックバイウエイルート提案書

平成 年 月 日

シーニックバイウエイ北海道推進協議会長 殿

**シーニックバイウエイ代表者会議
代表 *** ** 印

以下のとおり、シーニックバイウエイルートの提案を行います。

記

代表者名		
代表者の所属		
代表者の住所		
代表者の連絡先	電話	F A X
担当者名*		
担当者の所属*		
担当者の住所*		
担当者の連絡先*	電話	F A X
ルート名		
構成団体数	団体	
関係市町村名 ※ルート運営活動計画とは別に、基幹となるルートが明示された参考図(様式1-2)を添付してください。	計 () 市町村	
提案の種類	<input type="checkbox"/> シーニックバイウエイルート	<input type="checkbox"/> シーニックバイウエイ候補ルート
必要書類	<input type="checkbox"/> ルート運営活動計画 <input type="checkbox"/> 関係市町村長の意見 <input type="checkbox"/> 候補ルート登録時における付帯意見の対応表	<input type="checkbox"/> ルート運営活動計画の骨子
備考		

※代表者以外が連絡窓口となる場合には、担当者名の氏名・住所・連絡先もご記入ください。

以 上