令和６年度 「ふくい１００彩ごはん」継続申請書

(定食・弁当用)

ヘルシー

下記のメニューについて、｢ふくい１００彩ごはん｣の名称を使用して提供したいので、次のとおり申請します。

|  |
| --- |
| 申　請　者　 |
| 事業者名 |  | 所在地 | 〒 |  |
|  |
| 代表者名 |  | 部署・担当者名 |  |  |
| TEL |  | FAX |  | Email |  |
| 販　売　所 |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |  |  |
|  |
| TEL |  |
| 定休日 |  |
| 営業時間 |  |
| 応　募　メ　ニ　ュ　ー |
| メニュー名 | 価格（税込） | セールスポイント（50文字以内） | 大豆・大豆製品使用 | 固定/日替わり | 予約の有無 | メニュー数 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 宅配メニュー以外の場合 |
| 販売頻度 | 記載例）毎日、週1日（毎週〇曜日）、月７日（毎月第２週）、利用者からの注文時など |
| 宅配（弁当）メニューの場合個人宅への宅配　　　　　　　□可　□不可　　いずれかが可の場合は、配達エリア等イベントや事業所への宅配　　□可　□不可　　記載してください。 |
| 配達エリア |  | 配達時間曜日等 |  | その他特記事項 |  |
| 確　認　項　目（該当する項目に☑） | 申請者の確認印（または自署） |
| （１）提供条件（1つ以上） □ 認証されたもののうち１メニュ－以上を月４回以上販売する。□ 利用者からの注文（事前予約を含む）に随時対応できる。 |  |
| （２）広報の同意□ 申請書の情報（販売所、応募メニュー）については、「ふくい１００彩ごはん」として広報することに同意する。 |
| （３）その他□ 過去３年間、食中毒等による行政処分を受けていない。 |

・申請者は上記内容を確認の上、確認事項に☑して、

【健康福祉センター確認欄】

（受付印）

〇〇健康福祉センターへ提出してください。

・記載事項を変更する場合は、見え消し赤字で訂正してください。