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。