社員食堂・直営または受託者用

令和６年度 「ふくい１００彩ごはん」継続申請書

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 | | |  | |
| 提 供 す る 社 員 食 堂 | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| TEL |  | | | | | | | | | |
| 認　証　メ　ニ　ュ　ー | | | | | | | | | | |
| メニュー名 | | | | セールスポイント または、  取組みコメント（50文字以内） | | | | 大豆・大豆製品使用 | メニュー  数 | 固定/  日替わり |
|  | | | |  | | | |  |  |  |
| 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  □ 認証されたメニューを、年５日間以上提供する。 | | | | | | | | | |  |
| （２）広報の同意  □ 申請書の情報（販売所、申請メニュー）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、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。

【健康福祉センター確認欄】

（受付印）