「ふくい１００彩ごはん」変更申請書

(定食・弁当・

組合せ用)

令和　　年　　月　　日

「ふくい１００彩ごはん」認証メニューの登録内容について、変更したいので、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、屋号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 |  | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定休日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認　証　メ　ニ　ュ　ー | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基準  区分  （該当するものに〇） | | 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 |
| 定食/  弁当/  組合せ | |  | |  | | | ※変更がない場合は「変更なし」と記入してください。 | | | | |  |  | | |  |  |
| ヘルシー/しっかり | |
| 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 | |  | | | |

・最寄りの健康福祉センターへ提出してください。

【健康福祉センター確認欄】

（受付印）