(惣菜用)

「ふくい１００彩ごはん」変更申請書

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 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| TEL |  | | | | | | | | | | |
| 定休日 |  | | | | | | | | | | |
| 営業時間 |  | | | | | | | | | | |
| 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 |
|  | | | | | ※変更がない場合は「変更なし」と記入してください。 | | | | |  |  |
| 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 | | | | | | | | | |

・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）