「ふくい１００彩ごはん」変更申請書

(社員食堂用)

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 | | |  | |
| 提 供 す る 社 員 食 堂　※複数ある場合はすべて記載 | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| TEL |  | | | | | | | | | |
| 認　証　メ　ニ　ュ　― | | | | | | | | | | |
| 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 |
|  | | | |  | | | |  |  |  |

・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）