

「食deがんじゅう応援店」登録申請書

年 月 日

管轄保健所長 殿
健康長寿課長

【申請者】

ふりがな 事業者名		TEL	
ふりがな 代表者名		FAX	
所在地	〒		
メールアドレス	※メールでのやりとりが可能な方はご記入ください		

【店舗情報】 ※申請者と同じ場合は「同上」とご記入ください。

ふりがな 店名			
ふりがな 担当者名		TEL	
所在地	〒		
業種	a.飲食店 b.惣菜、弁当、仕出し c.スーパーマーケット d.コンビニエンスストア e.その他()		
営業日 営業時間			
登録内容	<input type="checkbox"/> バランス食 ※登録内容申請書、料理の写真を添付		
	<input type="checkbox"/> 野菜たっぷり ※登録内容申請書、料理の写真を添付		
	<input type="checkbox"/> 塩分控えめ ※登録内容申請書、栄養成分計算表、料理の写真を添付		
受動喫煙 防止	<input type="checkbox"/> 屋内禁煙(店舗内禁煙)である	マークの 受取方法 ^{※1}	①データ ②シール
公表希望の 有無	<input type="checkbox"/> 沖縄県ホームページ等やその他方法により応援店としての公表を希望する <input type="checkbox"/> 食環境整備を実施している市町村へ情報提供を希望する		
備考			

注) ※1 「マークの受取方法」欄は、店舗のメニュー表などに登録内容を表示するマークの受取方法のことである。