

中部地区栄養情報提供店申請書

年 月 日

中部保健所長 殿

申請者

店 名

住 所

代表者名

店 名	種別 ()		
住 所			
連絡先	電話： FAX：		
代表者名		担当者名	
定休日			
申請区分	① タイプA	*タイプAについては、必須項目以外で表示したい栄養成分がありましたら記入して下さい。	
	② タイプB	〔 〕	
公表希望の有無	① 希望する	② 希望しない	
マークのデータ使用希望	① 希望する	② 希望しない	

注) 1 「申請区分」欄は、該当するものを○で囲む。

2 「公表希望の有無」欄は、中部福祉保健所ホームページ等への掲載やその他の方法での公表を希望するかの有無である。

3 「マークのデータ使用希望」欄は、メニューの栄養情報等を提供する媒体を各店舗で作成する場合、データの配布を希望するかの有無である。