（様式２）

下北のおいしい健康応援店　認定内容等変更届

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　年　　月　　日 |
|  |  |
|  |  |
| 青森県下北保健所長　殿 |  |
| 申請者 | 施設名　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　 |

下北のおいしい健康応援店実施要領第８の規定により、下記のとおり変更事項を届出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請店 | 店　　名 |  |
| 所 在 地 | 〒 －  |
| 電話番号 | （ ） ―  |
| Ｆ Ａ Ｘ | （ ） ―  |
| メールアドレス |  |
| 担当者氏名 |  |
| 変更事項 | 変 更 日 | 年　　月　　日 |
| 取組内容 | ①　エネルギー控えめメニューの提供　　□追加・□取消②　塩分控えめメニューの提供　　　　　□追加・□取消③　野菜たっぷりメニューの提供　　　　□追加・□取消 |
| ホームページ等への掲載 | ・ホームページ　　　　□希望する・□取消・インスタグラム　　　□希望する・□取消 |