様式１

やまがた健康づくり応援企業申込書

申込日：令和　　　　年　　　月　　　日

山形県健康福祉部長　　様　　　　　　　　　　　申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 | 〒　　　　　- |
| 企業(店舗)名等 |  |
| 担当者・役職 |  |

下記のとおり、やまがた健康づくり応援企業に応募します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企業（店舗）名  及び所在地等  ※店舗等が複数ある場合は、別紙１「申込店舗一覧表」に記載してください。 | ＊名称 |  | |
| ＊住所 | 〒　　　　　- | |
| ＊電話：（　　　　　　）　　　　　　－ | | FAX：（　　　　　　）　　　　　　－ |
| 電子メール：　　　　　　　　　　　　　　　　＠ | | |
| ホームページ： | | |
| ＊種別（業種）  ※最もふさわしいものを  １つ○で囲んで  ください。 | １　スーパーマーケット　　２　食品メーカー・食品製造業者  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 取り組み内容  ※該当するものを〇で囲み、取り組み内容・期間を具体的に記載してください。 | １　減塩やベジアップの普及啓発活動  ２　野菜を多く使用した惣菜等の商品化及び販売  ３　減塩商品の開発・普及  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| （具体的な取り組み内容）  （取り組み期間※上記の取組みを行う期間、現時点での予定も可） | | |
| 県ホームページ等への掲載について | 山形県ホームページやポスター、チラシ等へ、店舗名、取組内容、住所等を掲載することに  □　同意する  □　同意しない | | |

別紙１

申　込 店 舗　一　覧　表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **店舗・施設名** | **郵便番号** | **所　　在　　地** | **電　話** | **FAX** | **備　考** |
| (例) | ○○○店 | 999-9999 | ○○市○○町○○○1-2-3 | 023X-22-2222 | 023X-22-2222 |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

※必要に応じて、行を追加してください

様式２

やまがた健康づくり応援企業

変更届出書

届出日：令和　　　　年　　月　　日

山形県健康福祉部長　様

届出者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 | 〒　　　　　- |
| 企業(店舗)名等 |  |
| 担当者・役職 |  |
| 連　絡　先 | 電話：（　　　　　）　　　　　- |

下記のとおり、変更しますので、届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **項　目**  （変更するものに〇を  付けてください） | 変更前 | 変更後 |
| 企業(店舗)名  所　在　地  電話番号  ＨＰアドレス  取り組み内容 |  |  |
| 変更予定年月日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | |

注：応援企業の内容を変更するときは、変更が生じる１か月前までに届け出てください

様式３

やまがた健康づくり応援企業

登録抹消届出書

届出日：令和　　　　年　　月　　日

山形県健康福祉部長　様

届出者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 | 〒　　　　　- |
| 企業(店舗)名等 |  |
| 担当者・役職 |  |
| 連　絡　先 | 電話：（　　　　　）　　　　　- |

下記の理由により、登録の抹消を届け出ます。

記

【理由】