多摩立川保健所　生活環境安全課　保健栄養担当行

ファクシミリ：042(528)2777

（様式１）

平成　　年　　月　　日

No.　　－

「野菜メニュー店」申込書

東京都多摩立川保健所長　様

申請者（店主）

氏　名

連絡先（電話番号）

以下のとおり、野菜メニュー店の申し込みをします。

○店舗情報

①店舗名（ふりがな）			
②所在地	〒　　―　　市		
③ 飲食店の種類	A.料理店・レストラン・食堂　B.そば・うどん・ラーメン　C.すし屋 D.仕出し・そうざい・弁当　E.カフェ・喫茶　F.その他（　　）		
④ 営業時間		⑤ 定休日	
⑥ 電話番号		⑦ 駐車場	有　・　無
FAX番号		⑧ ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ	有　・　無

○野菜メニュー情報（複数ある場合は、ひとつお書きください。）

⑨ 野菜メニューの名称			
⑩ 価格（税抜）	円	⑪ メニューの写真の提出	可　・　不可
１人分の食品名と重量(g)を記入してください。 ・重量は、皮などの廃棄部分を除いた、食べられる部分を生の状態で量ってください。 ・調味料の重量は、省略しても構いません。			
⑫ 野菜メニューのアピールコメントがあれば記入してください。			

○申込書記載内容の公開

申込書①から⑫の記載内容の公開（東京都・都保健所のホームページやリーフレットへの掲載、市町村等への紹介等）について承諾をお願いいたします。

記載内容で公開できないものがありましたら、その番号を記入してください。

・なし　　・あり（　　）