

(様式第2号)

送付先: 大分県食品・生活衛生課
FAX: 097-506-1743
E-mail: a13910@pref.oita.lg.jp



「九州食べきり応援店」申込書

事業者名		
代表者名		
ご住所	〒	
電話番号		
FAX番号		
HPアドレス		
担当者名		
店舗数		
ご協力いただける取組(いずれか1つ以上) ☐ 少量パック、ばら売り、量り売りなどの充実 ☐ 閉店時間間際等の割引販売 ☐ 「食材使い切りレシピ」や「残りものアレンジレシピ」等を 紹介するコーナーの設置 ☐ その他(独自の食品ロス取組等 以下に記入してください。)		
※九州7県他県に所在する店舗についても、一括で申込みできます。		
	店舗名	住所
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		