

(様式第1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](mailto:a13910@pref.oita.lg.jp)



「九州食べきり協力店」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																			
店舗数																			
ジャンル	和食 洋食 中華 イタリアン/フレンチ うどん/そば ラーメン 寿司 居酒屋 焼肉/韓国料理 ファミリーレストラン/食堂 喫茶/スイーツ バー/カラオケ ホテル/旅館 社員食堂 その他()																		
ご協力いただける取組(いずれか1つ以上) ☐ ハーフサイズや小盛り等をメニューに設定 ☐ お客様の年齢構成、男女構成に応じたメニューの提供 ☐ 廃棄食材の肥料等へのリサイクル ☐ その他(独自の食べきりサービスの取組等 以下に記入してください。) () ※九州7県その他県に所在する店舗についても、一括で申込みできます。																			
<table border="1"><thead><tr><th></th><th>店舗名</th><th>住所</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			店舗名	住所	1			2			3			4			5		
	店舗名	住所																	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			