

受付番号

—

健康生活応援店認証申込書

年 月 日

福 山 市 長 様

申込者（法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の名前）

郵便番号（ — ） 電話番号（ ） —

住 所

フリガナ
名 前

健康生活応援店として、次のとおり認証してください。なお、認証事項を公表することを承諾します。

店舗等の所在地

郵便番号（ — ） 電話番号（ ） —

店舗等の名称、屋号又は商号

- 認証を希望する項目に○印を記入し、取組内容欄に具体的な内容を記入してください。

認証項目	希望する 項目に○	取組内容
【①禁煙支援】		
【②食生活】	1 栄養成分表示	
	2 野菜たっぷりメニュー	
	3 塩分控えめメニュー	
	4 ヘルシーオーダーメニュー	
	5 塩分控えめ推進・応援	
	6 朝食摂取応援	
	7 食事バランス応援	
【③運動実践】	1 正しい歩き方（ウォーキング）指導	
	2 ウォーキング勧奨・応援	

② 食生活応援店（栄養成分表示，野菜たっぷりメニュー，塩分控えめメニュー）は，メニュー名を記入し，各メニューごとに必要項目を記入してください。

	1kcal - kcal	たんぱく質 g	脂 質 g	塩 分 g	野菜使用量 g
①					
②					
③					
④					
⑤					
⑥					
⑦					
⑧					

※ 栄養成分表示，塩分控えめメニューについては，栄養計算等報告書（別記様式）を添付してください。

..... 以下健康推進課記入欄

	年 月 日	摘 要	担当者印
1	年 月 日		
2	年 月 日		

