|  |  |
| --- | --- |
| **【④その他用】**  別紙様式１－２  受付番号 ―  **健康生活応援店認証申込書**  令和 年 月 日  　　　　　　　　 　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氏名）  　　住 所 郵便番号（ － ） 電話番号（ ） －      ふりがな  　　 氏　名    　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 |  |
|  | |
| 健康づくり応援  創意工夫をこらし，県民の健康づくりを応援する店 | 具体的に記入してください。 |
| 創意工夫の状況を具体的に記入してください。 | |

以下保健所記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年 　月 日 | 摘　 　　　　　要 | 担当者印 |
| １ | 年 月 日 |  |  |
| 2 | 年 月 日 |  |  |