|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**【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  |  |  |