

(第3号様式)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

食環境づくり推進事業「やさい TAFE 店」「やさい朝 TAFE 店」登録中止届

大阪市長 様

申請者

住所 _____

氏名 _____

(法人の場合は法人名と代表者氏名を記載)

食環境づくり推進事業の登録中止を届け出ます。

1 基本情報

店舗名称 _____

所在地 大阪市 _____ 区 _____

電話番号 _____

2 登録要件

(_____) やさい TAFE 店

(_____) やさい朝 TAFE 店

3 担当者

氏名 _____

電話番号 _____

e-mail _____

FAX 番号 _____

※下線欄に記載のうえ、送付（メール・FAX・郵便）又は持参してください。

送付は随時受付で、持参は月～金の 9:00～17:30 までです。（土日祝及び 12 月 29 日～1 月 3 日は除く）

お問い合わせ・登録受付 大阪市保健所 管理課 健康栄養グループ

〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町 1 丁目 2 番 7-1000 号（あべのメディックス 10 階）

TEL : 06-6647-0662 FAX : 6647-0803

e-mail : syokuiku-osaka@city.osaka.lg.jp

保健所記入欄

受付日	R . .	連絡日（担当者）	R . . ()
-----	-------	----------	-----------