保⼟ケ⾕区地域振興課あて

FAX ３３２－７４０９ TEL ３３４－６３０２

Eメール [ho-chiiki@city.yokohama.jp](mailto:ho-chiiki@city.yokohama.jp)

ほどがやお弁当まつり出店者説明会出席申込書

必要事項を記⼊、⼜は○で囲んでください。出店希望者はすべての事項（その他は除く）が回答必須です。

令和 年 ⽉ ⽇

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名  ※個人事業主の  場合は事業主名 | （フリガナ） | | | | |
|  | | | | |
| 店舗名 | （フリガナ） | | | | |
|  | | | | |
| 本社所在地 | 〒  電話番号　（　　　　　）　　　　　　　― | | | | |
| 店舗所在地 | 〒  電話番号　（　　　　　）　　　　　　　― | | | | |
| メールアドレス | ※出店者説明会にzoomで参加希望の場合は、必ずご記入ください。前日までに必要事項をお知らせします。 | | | | |
|  | ⽒ 名 | |  | 電 | 話 |
| 代 表 者 |  | |  | | |
| 出店担当者 | ⽒ 名 | |  | 電 | 話 |
| ※出店全体及び 飲⾷物の管理担当者  ※本申込以降はこちらの⽅に連絡します。 |  | |  | | |
| 説明会  参加希望日  ※希望する回の番号に  「○」をしてください。 | １．11月５日（木）10時～　場所：保土ケ谷公会堂１号会議室  　２．11月10日（火）14時～　場所：保土ケ谷公会堂１号会議室  　３．Zoomによる参加（11月５日（木）10時～　・　11月10日（火）14時～）  　　　　※zoomに参加する日時を「○」するとともに、メールアドレスを必ずご記入ください。 | | | | |
| 確認事項  必ず、すべての質問にご回答ください。 | お弁当  について | これまでお弁当販売の経験が （ あ　る ・ な　い ） | | | |
| 食品表示ラベルを添付した経験が （ あ　る ・ な　い ） | | | |
| 現在、食品表示ラベルを貼付した商品を扱って（ い　る ・ いない ） | | | |
| お弁当販売に適したメニューが （ あ　る ・ な　い ） | | | |
| 募集条件について | 食品衛生法に基づく「飲食店営業許可」有して（ い　る ・ いない ）  ※露店・自動車・簡易な調理に限る等の許可証は不可です。 | | | |
| 食品衛生責任者を設置して （ い　る ・ いない ） | | | |
| 当社・当店は暴力団・暴力団員と関係が （ あ　る ・ な　い ） | | | |
| その他、「出店にあたっての募集条件※」を （ 承諾する ・ 承諾しない ・　 検討中 　）  ※募集要項P.５～P.６ | | | |
| そ の 他 |  | | | | |

**【申込期限】 令和２年10⽉29⽇（木）**