

様式第 2 号

寄居町健康弁当販売支援事業 事業計画書

以下の内容について、必要事項を記入のうえ、該当する項目に○を付けてください。

氏名(法人の場合は名称)								
1日の目標販売数	個							
販売可能日時 販売可能な曜日に時間を記入してください。								
可能日								記入例 ○
曜日	日	月	火	水	木	金	土	日
時間								10:00 ～12:00
※その他に必要な事項がございましたら、備考欄にご記入ください。								
備考 ()								
販売予定価格 (弁当A・Bのみ)	弁当A 円 弁当B 円							
配達可能地域 (弁当Cのみ)	・寄居町内全域 ・一部地域のみ () ・配達不可							
弁当の販売実績がありますか？	はい ・ いいえ							
普段から健康や栄養バランスを考慮したメニューを提供していますか？	はい ・ いいえ							
食品衛生責任者を配置していますか？	はい ・ いいえ							
月1回程度レシピ考案への打合せに参画することが可能ですか？(弁当Cのみ)	はい ・ いいえ							
健康弁当販売についてのアピールポイント								