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 | | |