

第19回ふなばし健康まつり 模擬店(地産地消コーナー)出店申込書

提出日 月 日

1. 申込者	名称	※個人の場合は氏名、飲食店の場合は屋号をご記入ください。		
	担当者名		年間出店数	回
	電話番号			
	住所			
	メールアドレス			
	許可又は届出の有無	☐ 許可 有 ☐ 届出 有 ☐ 無		
	※食品衛生法に基づく食品営業許可(屋台、露店等での飲食店営業、臨時施設での飲食店営業又は自動車を利用して行う営業の許可)を取得している場合又は届出をしている場合、「許可 有」又は「届出 有」にチェックすること。「許可 有」にチェックした場合は、営業許可書の写しを添付すること。			
	受講した講習会	☐ 集合形式 ☐ オンライン ☐ 受講対象外		
※模擬店衛生講習会のことをさす。「許可 有」にチェックした施設であつて、当該施設の食品衛生責任者が、食品営業者向けに自治体を実施する食品衛生責任者実務講習会等を過去1年以内に受講している場合は、模擬店衛生講習会の受講は不要のため「受講対象外」にチェックする。				
2. 出店内容	販売商品の品目		販売数	
	販売商品のうち船橋産・千葉産のもの			
	火器利用の有無	☐ 有 ☐ 無		
	(有の場合)種類と数量	(例) ガスボンベ、カセットコンロ、電気熱源、発電機		
3. 希望区画数	区画	※1区画＝横幅2.5m×奥行2m、1区画2,000円		
4. 駐車利用	駐車スペースの必要数	台	※駐車料金については自己負担となる場合があります。	
	☐ 普通自動車 ☐ 軽トラック		※その他の車種については別途ご相談ください。	
☐ 「第19回ふなばし健康まつり フリーマーケット・模擬店(地産地消コーナー)出店公募要件」について確認し、同意の上、申込みいたします。				

※会場のレイアウト作成等の参考資料とさせていただきます。

※ご希望の区画数が必ず確保できるものではございませんのであらかじめご了承ください。

地域保健課 FAX 047-409-2914

(記入例)

第19回ふなばし健康まつり 模擬店(地産地消コーナー)出店申込書

提出日 7月 1日

1. 申込者	名称	船橋市地域保健課 ※個人の場合は氏名、飲食店の場合は屋号をご記入ください。		
	担当者名	鈴木 笑花	年間出店数	1回
	電話番号	047-409-3274		
	住所	〒273-8506 千葉県船橋市北本町1-16-55		
	メールアドレス	chiikihoken@city.funabashi.lg.jp		
	許可又は届出の有無	☒ 許可 有 ☐ 届出 有 ☐ 無		
	※食品衛生法に基づく食品営業許可(屋台、露店等での飲食店営業、臨時施設での飲食店営業又は自動車を利用して行う営業の許可)を取得している場合又は届出をしている場合、「許可 有」又は「届出 有」にチェックすること。「許可 有」にチェックした場合は、営業許可書の写しを添付すること。			
	受講した講習会	☐ 集合形式 ☒ オンライン ☐ 受講対象外		
※模擬店衛生講習会のことをさす。「許可 有」にチェックした施設であつて、当該施設の食品衛生責任者が、食品営業者向けに自治体が発行する食品衛生責任者実務講習会等を過去1年以内に受講している場合は、模擬店衛生講習会の受講は不要のため「受講対象外」にチェックする。				
2. 出店内容	販売商品の品目		販売数	
	人参スープ		100食	
	トマトのブルスケッタ		100食	
	枝豆おにぎり		100食	
	いちごスムージー		100食	
	販売商品のうち船橋産・千葉産のもの	人参、トマト、枝豆、いちご(すべて船橋産)		
3. 希望区画数	火器利用の有無		☒ 有 ☐ 無	
	(有の場合)種類と数量		ガスボンベ 1個	
			(例) ガスボンベ、カセットコンロ、電気熱源、発電機	
4. 駐車利用	駐車スペースの必要数		2台 ※駐車料金については自己負担となる場合があります。	
	☒ 普通自動車 ☐ 軽トラック		※その他の車種については別途ご相談ください。	
☒ 「第19回ふなばし健康まつり フリーマーケット・模擬店(地産地消コーナー)出店公募要件」について確認し、同意の上、申込みいたします。				

※会場のレイアウト作成等の参考資料とさせていただきます。

※ご希望の区画数が必ず確保できるものではございませんのであらかじめご了承ください。

地域保健課 FAX 047-409-2914