

受付番号

—

健康生活応援店認証申込書

年 月 日

福 山 市 長 様

申込者（法人にあっては、その名称、主たる事務所の住所地及び代表者の名前）

郵便番号（ — ） 電話番号（ ） —

住 所

フリガナ
名 前

健康生活応援店として、次のとおり認証してください。なお、認証事項を公表することを承諾します。

店舗等の所在地

郵便番号（ — ） 電話番号（ ） —

店舗等の名称、屋号又は商号

健康づくり応援

創意工夫をこらし、市民の
健康づくりを応援する店

具体的に記入してください。

創意工夫の状況を具体的に記入してください。