|  |  |
| --- | --- |
| 店　　　名 |  |
| 店舗所在地 | 〒 |
| TEL / FAX | TEL：　　　　　　　　　　　　　／　FAX： |
| メールアドレス |  |
| 都合のよい時間帯 |  |
| 担　当　者 |  |

※　申込書をお送りいただいた後、担当よりお電話もしくはメールによりご連絡いたします。

以下、該当するものに○をお願いします

　１.　塩分ひかえめメニューを提供している（食塩相当量3ｇ未満）

　２.　減塩の工夫をしている

　　　　減塩調味料の使用　・　調味料別添え（ドレッシング、ソース等）　・　薄味希望者への対応

　　　 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　３.　今は何もしていないが、1、2に関心がある

「減塩協力店」　申込書

**豊中市保健所健康推進課健康支援係　栄養士あて**

**FAX：０６－６１５２－７３２８**

E-mail : kenkoushien@city.toyonaka.osaka.jp