

令和 年 月 日

入善町長 様

減塩いいね！協力店申込書

入善町減塩いいね!事業の趣旨に賛同し減塩・適塩を推進することに協力します。

店舗名	
代表者職名・氏名	印
所在地等	〒 TEL: FAX:
担当者名・連絡先	所属: 担当者名(ふりがな): 連絡先:

減塩いいね!協力内容 該当する内容に○印をお願いいたします。

	減塩商品の販売促進
	高血圧症の相談
	その他()

※その他の場合は、内容を聞き取りさせていただくことがあります。