

こびっと食べようプロジェクト～野菜、足りていますか？～

「ベジみるサポート事業」申込書

令和 年 月 日



施設・店舗名	
所在地	
担当者名	
連絡先	TEL: E-mail:

標記について、次のとおり申込みます。

実施日	希望日時をご記入ください。(※ご希望に添えない場合があります。その場合は、ご相談の上、実施日を調整させていただきます。) また、効果的な行動変容につなげるため、1 か月程度の間隔を空けた複数回の実施をご検討ください。			
		1回目	2回目	3回目
	第1希望	月 日() 時～ 時	月 日() 時～ 時	月 日() 時～ 時
	第2希望	月 日() 時～ 時	月 日() 時～ 時	月 日() 時～ 時
実施内容	必須内容 推定野菜摂取量の測定(ベジチェック®)と管理栄養士からのアドバイス			
	選択内容(希望する内容、ご協力いただける内容があれば ☒ をご記入ください) ☐ 啓発ミニのぼり旗「毎食！野菜習慣」の設置 ☐ クックパッド「甲府市公式キッチン」ミニレシピの設置 ☐ 関連ポスターの掲示 ☐ 貴施設・店舗が所有する媒体(SNS、チラシ等)による、本事業や野菜摂取に関する情報発信			
備考				

(送付先) 〒400-0858 甲府市相生2-17-1 甲府市地域保健課食育係

FAX:055-227-5294 E-mail:kennkouei@city.kofu.lg.jp

<打合せ後 市記入欄>