（様式１）

岩手県農福連携応援マーク使用申請書

令和　　年　　　月　　　日

岩手県保健福祉部

障がい保健福祉課総括課長　　様

〒

住所

事業所名

代表者職

代表者氏名

岩手県農福連携応援マークを使用したいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　商品名　　 |  |
| ２　申請する商品の種類（該当するものに○をつけてください。加工品の場合は使用している生鮮食品を記載してください。） | 生鮮食品　　　　　・　　　　　加工食品　　　　　　　　　　　　　　　　　　　使用している生鮮食品 |
| ３　商品の概要（商品の説明・販売価格・販売先等を詳しく記載してください。） | 商品の説明：販売価格：販売先： |
| ４　事業所の利用者が携わった作業内容（交付要綱第３(2)のどれに該当するか〇をつけ、イの場合は作業場所（市町村名）及び受託内容を、エの場合は共同開発の内容を記載して下さい。また、イ又はエに該当する場合は、連携した農林水産業者が署名・捺印してください。） | ア　事業所が、農林水産業者の指導・助言を得て自ら生産又は加工したものイ　事業所が、生産工程の全部又は一部を農林水産業者から受託して生産したもの作業場所：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）受託内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）ウ　農林水産業を行う就労継続支援A型事業所が、障がい者を雇用して生産工程に従事させたものエ　事業所が県内の農林水産業者から調達した原材料を加工したもの　原材料の内容：オ　事業所が農林水産業者と共同で開発したもの共同開発の内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※イ、エ又はオに該当する場合）上記について相違ありません。　　氏名（法人に合っては名称及び代表者職・氏名） |
| ５　販売場所（当てはまる番号に○をつけ、販売場所を詳しく記載してください。） | 　１　岩手県内　　　　　　　２　県内及び県外　　　　　　　３　その他 |
| ６　マークの使用期間 | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日　から　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日まで |
| ７　連絡先 | 担当者名：電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：E-MAIL： |

添付書類

1. 商品の写真
2. 事業所の利用者が商品の生産（製造）に従事している写真
3. 営業許可証、製造許可証、販売先一覧（保健所の許可証等が必要な食品の場合）
4. 事業所の概要書（パンフ等）
5. 販売（予定）先一覧