

様式1 (第6条関係)

埼玉県受動喫煙防止対策実施施設認証申請書

年 月 日

(宛先)

保健所長
(健康長寿課長)

所在地

施設名

管理者名

当施設は、受動喫煙防止対策実施施設として認証を受けたいので、施設の状況確認書を添付して、下記のとおり申請します。

記

施設名	
管理者名	
郵便番号	〒 ー
所在地	
区分	<input type="checkbox"/> 1 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> 2 屋内禁煙(単独施設) <input type="checkbox"/> 3 屋内禁煙(テナント等)
種別	<input type="checkbox"/> 1 飲食店 <input type="checkbox"/> 2 娯楽業施設 <input type="checkbox"/> 3 1・2以外の店舗 <input type="checkbox"/> 4 事業所(オフィス・工場等) <input type="checkbox"/> 5 文化・運動施設 <input type="checkbox"/> 6 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 7 その他
広報希望の有無	<input type="checkbox"/> 1 希望する <input type="checkbox"/> 2 希望しない ホームページアドレス:
連絡先	担当者名
	電話 ー ー
	FAX ー ー
	メール

注1 「施設名」欄は、施設の名称又はテナント等における独立した名称を記入すること。

2 管理者とは、事実上現場の管理を行っている者をいう(店長など)。

3 「区分」、「種別」、「広報希望の有無」欄は、該当する□にチェックを入れること。

4 別紙「受動喫煙防止対策実施状況確認書」を記入し、本書に添付すること。