

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

令和〇年〇〇月〇〇日

(宛先)

△△△保健所長
(健康長寿課長)

(注意) 認証制度は、健康増進法の第二種施設である飲食店や事業所等が対象です。(健康増進法の第一種施設である学校、病院、児童福祉施設等は認証制度の対象外です。)

施設の所在地を管轄する保健所長(さいたま市、川越市、越谷市、川口市の場合は健康長寿課長)を記載してください。

所在地 さいたま市浦和区高砂〇-〇-〇
コバトンビル4階

施設名 〇×食堂

管理者名 店長 浦和 太郎

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

(種別の判断例)
1 飲食店
「施設状況確認書」3の施設
2 娯楽業施設
カラオケボックス、映画館、ゲームセンター等
3 1・2以外の店舗
洋服店、理髪店、書籍販売店、量販店等

施設名	〇×食堂	
管理者名	店長 浦和 太郎	
郵便番号	〒 〇〇〇 - △△△△	
所在地	さいたま市浦和区高砂〇-〇-〇 コバトンビル4階	
区分	<input type="checkbox"/> 1 敷地内禁煙 <input checked="" type="checkbox"/> 3 屋内禁煙(テナント等)	<input type="checkbox"/> 2 屋内禁煙(単独施設) ビルの一角にある店舗は3を選択
種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1 飲食店 <input type="checkbox"/> 3 1・2以外の店舗 <input type="checkbox"/> 5 文化・運動施設 <input type="checkbox"/> 7 その他	<input type="checkbox"/> 2 娯楽業施設 <input type="checkbox"/> 4 事業所(オフィス・工場等) <input type="checkbox"/> 6 公共交通機関
広報希望の有無	<input checked="" 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: http://www.kobaton.××.jp	
連絡先	担当者名 大宮 花子	
	電話 048 - 〇〇〇 - ××××	
	FAX 048 - 〇〇〇 - △△△△	
	メール kobaton@××.××.com	

- 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。