

様式2 (第6条関係)

受動喫煙防止対策実施施設認証一括申請書

年 月 日

(宛先)

保健所長
(健康長寿課長)

所在地

法人名

代表者名

受動喫煙防止対策実施施設として認証を受けたいので下記のとおり申請します。

記

法人名	
代表者名	
施設名・所在地・管理者名	別添のとおり
区分	別添のとおり
種別	別添のとおり
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 - -
	F A X - -
	メール

注1 必要書類として、別紙の受動喫煙防止対策実施施設一覧を添付すること。

2 「広報希望の有無」欄は、該当する□にチェックを入れること。