

ワクチン・検査パッケージ制度登録申請書

令和 年 月 日

埼玉県知事

ワクチン・検査パッケージ制度の適用を受け、行動制限の緩和を受けるために、次のとおり申請します。

1 申請事業者の情報

【個人事業主の方】

自宅住所	〒
フリガナ	
氏名	
電話番号	
メールアドレス	
書類送付先	※上記自宅住所と違う場所への書類送付を希望する場合のみ記入してください。 〒

【法人の方】

所在地	〒
法人名	
フリガナ	
代表者職名・氏名	
担当者名	
担当者 電話番号	
メールアドレス	
書類送付先	※上記所在地と違う場所への書類送付を希望する場合のみ記入してください。 〒

2 ワクチン・検査パッケージの適用を申請する店舗数

--

店舗

ワクチン・検査パッケージの適用を申請する店舗の情報（1店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの適用を申請する店舗の情報（2店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの適用を申請する店舗の情報（3店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの適用を申請する店舗の情報（4店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの適用を申請する店舗の情報（5店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

※登録店舗数が5店舗を超える場合は、こちらのページをコピーして使用してください。

ワクチン・検査パッケージの適用を申請する店舗の情報（ 店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの適用を申請する店舗の情報（ 店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの適用を申請する店舗の情報（ 店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの適用を申請する店舗の情報（ 店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの適用を申請する店舗の情報（ 店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

5 誓約事項

私は、ワクチン・検査パッケージへの登録を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

□にチェック (✓) を入れてください。

記

<input type="checkbox"/> (チェック)	「飲食店用ワクチン・検査パッケージ適用マニュアル」に基づき、ワクチン接種歴・検査の確認を適切に行います。
<input type="checkbox"/> (チェック)	登録店舗名及び所在地の公表（ホームページへの屋号及び所在地の掲載）に応じます。
<input type="checkbox"/> (チェック)	代表者、役員、従業員又は構成員等が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団又は反社会的勢力（以下、「暴力団等」という。）に属しておらず、かつ、暴力団等が経営に事実上参画していません。
<input type="checkbox"/> (チェック)	申請書類に記載した内容は事実と相違ありません。申請内容に虚偽が判明した場合は、登録の抹消やステッカーの返還等に応じます。
<input type="checkbox"/> (チェック)	業種別ガイドラインを遵守しています。