様式７（第10条関係）

受動喫煙防止対策実施施設認証廃止報告書

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

　 　 　として認証を受けた下記施設の内容について、下記のとおり廃止を報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名 |  |
| 廃止理由 |  |
| 廃止年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

　注　「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。