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 | 〒　　　　－　　　 |
| 所 在 地 |  |
| 区　　分 | □１　敷地内禁煙 　　　　　□２　屋内禁煙（単独施設）□３　屋内禁煙（テナント等） |
| 種　　別 | □１　飲食店　　　　　　　　□２　娯楽業施設□３　１・２以外の店舗　　　□４　事業所（オフィス・工場等）□５　文化・運動施設　　　　□６　公共交通機関□７　その他 |
| 広報希望の 有 無 | □１　希望する　　　　　　　□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　　　　　－　　　　－　　　　 |
| ＦＡＸ　　　　　－　　　　－　　　　 |
| 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。