

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

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、川口市の場合又は管轄保健所が複数ある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3階

法人名 △△株式会社

代表者名 代表取締役 埼玉 花子

受動喫煙防止対策実施施設として認証を

申請する施設の管理権限者(受動喫煙を防止する取組方針の判断、決定を行う者であり、設備の改修等を適法に行うことができる権限を有する者)を記載してください。

記

法人名	△△株式会社
代表者名	代表取締役 埼玉 花子
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 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.〇〇〇.△△△△
連絡先	担当者名 埼玉 太郎
	電話 048 - 〇〇〇 - ××××
	FAX 048 - 〇〇〇 - △△△△
	メール 〇〇〇〇〇〇〇@×××.□□□.co.jp

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。