

## 禁煙推進店申込書

平成 年 月 日

保健所長 殿

所在地  
施設名  
管理者名

印

当店は、禁煙・分煙推進事業実施要綱に基づく、禁煙推進店の条件を満たしているので、次のとおり申し込みます。

飲食店名	
管理責任者	
所在地	〒
連絡先	担当者名：
	電話：
	FAX：
飲食店種別	1 一般食堂 2 レストラン 3喫茶店 4その他 ※ 食品営業許可を取得している施設のうち、自動販売機を除いたもの
区 分	1 時間帯禁煙
	2 特定日終日禁煙
	1 時間帯禁煙
2 特定日終日禁煙	特定日： <input type="checkbox"/> 土日、休日など特定日を定め、終日屋内禁煙としている。 <input type="checkbox"/> 禁煙時間帯は、店舗内に灰皿を置いていない。 <input type="checkbox"/> 店内に時間帯禁煙を導入していることのある表示がある。
公表希望の有無	1 希望する（施設名 所在地 連絡先） 2 希望しない
備 考	ポスター配布：

注1 「施設名」欄は、施設の名称又は区分所有における独立した名称を記入すること。

注2 「区分」「公表希望の有無」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。