

様式4

「おいしい空気の環境づくり推進」信州おもてなし事業

終日全面禁煙施設認定変更届

年 月 日

保健福祉事務所長 様

<申込者>

住 所

氏 名

(法人の場合にあつては、主たる事務所の所在地及び
名称並びに代表者の氏名)

当施設は、終日全面禁煙施設について下記事項を変更しましたので届け出ます。

記

施 設 名		認定番号 ー
変 更 前		
変 更 後		