

「おいしい空気環境づくり推進」信州おもてなし事業
終日全面禁煙施設 認定申込書

平成 年 月 日

長野県知事 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、終日全面禁煙施設の認定を受けたいので、下記のとおり申し込みます。

記

施設名			
施設分類 (該当する番号 に○をして下さ い)	1. 学校等施設	①保育所 ②幼稚園 ③小学校 ④中学校 ⑤高校 ⑥短大・大学 ⑦専修・各種学校 ⑧その他	
	2. 福祉・医療施設	①社会福祉施設 ②病院・診療所 ③その他	
	3. 娯楽・体育施設	①劇場 ②映画館 ③観覧場 ④遊技場 ⑤体育館 ⑥競技場 ⑦公園 ⑧その他	
	4. 社会・文化施設	①公民館 ②集会場 ③美術館 ④博物館 ⑤神社仏閣 ⑥その他	
	5. 小売業等店舗	①百貨店 ②スーパー・ホームセンター ③コンビニエンスストア ④専門店 ⑤その他	
	6. 金融機関		
	7. 飲食店	①一般食堂 ②日本料理 ③西洋料理 ④中華料理 ⑤焼肉店 ⑥レストラン ⑦そば・うどん ⑧すし店 ⑨喫茶店 ⑩その他	
	8. 宿泊施設		
	9. 公共交通機関	①駅・ターミナル ②鉄道車両 ③バス車両 ④タクシー車両 ⑤その他	
	10. 事業所等	①一般企業の事務所 ②一般企業の施設(工場・倉庫等) ③その他	
	11. 官公庁	①国の機関 ②県の機関 ③市町村の機関 ④その他 ※各施設分類のその他の内容()	
所在地	〒 _____	電話() _____	_____
連絡先	担当者名		
	電 話	() _____	FAX () _____
	電子メール		
施設状況 (該当事項に○ をして下さい)	施設内において、終日全面禁煙を行っている		
	入り口等から、たばこの煙やにおいが流入しない		
	施設内が禁煙であることを表示している		
県のホームページ等による掲載を希望しない場合は○をしてください			
ホームページアドレス			

*裏面に所在地地図を記入してください。(別添でもかまいません)

*記載内容は、個人情報として適正に取り扱い、終日全面禁煙施設の認定のみに使用し、その他の目的に用いられることはありません。

保健福祉事務所記入欄

終日全面禁煙施設の認定について	不適の場合の理由	確認日 年 月 日
適 不適		確認者名
認定番号 _____		認定日 年 月 日

所在地地図（目安となるものを入れて簡単な地図をおかきください）

