

受動喫煙防止対策実施施設認定申請書

平成 年 月 日

愛知県 \_\_\_\_\_ 保健所長 様  
(愛知県健康福祉部保健医療局長) 様

申請者 (施設管理者)

住 所	〒 _____
氏 名	
連絡先	電話 ( _____ ) _____

下記のとおり認定を受けたいので、申請いたします。  
また、認定された場合には、認定ステッカーを交付してください。

記

◆施設名称		施設形態	※該当する番号を○で囲んでください。 1. 独立施設 2. テナント (区分所有等)
◆施設所在地	申請者住所と同じ 〒 _____	電話 ( _____ ) _____ FAX ( _____ ) _____	
◆施設種別	※該当する番号を○で囲んでください。 1. 飲食店 (食堂、喫茶店、社員食堂、飲食・物販の複合施設等) 2. 宿泊施設 (旅館、ホテル等) 3. 店舗・娯楽施設 (物販店、理容店、美容院、遊技場、公衆浴場等) 4. 金融機関 (銀行、信用金庫、郵便局、農協、保険会社等) 5. 公共交通機関 (鉄道、バス等) 6. 文化・運動施設 (公民館、会館、美術館、博物館、図書館、公園、体育館、プール等) 7. 企業・事務所 (会社、事業所、研究所、工場、処理場等) 8 - ① 医療施設 (病院、診療所、歯科診療所、助産所、施術所、薬局等) 8 - ② 保健・福祉施設 (保健所、保健センター、福祉施設、介護・障害者施設等) 8 - ③ 児童施設 (保育所、児童館、学童保育所等) 9. 教育機関 (幼稚園、小中学校、高校、大学、学習塾、専門学校等) 10. 官公庁 (県庁舎、市町村役場、警察署、消防署、管理事務所等) 11. その他 (斎場、動物関連施設等)		
禁煙区域	※該当する番号を○で囲んでください。 1. 建物内禁煙 2. 敷地内禁煙		
愛知県公式ウェブサイト上の公開 (公開項目: ◆)	※該当する番号を○で囲んでください。 1. 希望する 2. 希望しない		

※複数枚の認定ステッカーを必要とする施設は、裏面にも御記入ください。

(様式第 1 - 1)

複数枚の認定ステッカーを必要とする施設のみ御記入ください。

(認定ステッカーは、各施設に原則 1 枚の交付です。)

必要枚数	枚
必要とする理由	