

認定申込書

年 月 日

_____保健所（支所）長 殿

敷地内全面禁煙実施施設の認定を受けたいので、次のとおり申し込みます。

施設名	(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)	
管理者名		
所在地	〒 _____	
連絡先	担当者名	電話 _____
ホームページ アドレス (あれば)		
施設の種類 該当するものの 番号を○で囲む こと	施設の種別	例示
	1 保健・福祉・医療施設	病院、診療所、薬局、保育所、認定子ども園、 社会福祉施設など
	2 官公庁施設	役場、出先事務所、保健所、保健センター、 児童相談所など
	3 教育関係機関	学校、幼稚園、給食センターなど
	4 文化・運動施設	図書館、劇場、ホール、公民館、集会場、 展示場、美術館、博物館、体育館、屋外競技場など
	5 公共交通機関	駅、バスターミナル、空港、フェリーターミナル など
	6 娯楽施設等	ボウリング場、映画館、テーマパーク、パチン コ店、カラオケ店、ビリヤード場、銭湯など
	7 飲食店・宿泊施設等	飲食店、ホテル、旅館など
	8 6, 7以外の一般企業等	事務所(団体等の事務所も含む)、郵便局、工 場、商店、理髪店など
	9 その他	1～8に分類されない施設

