

「禁煙おもてなし施設」登録申請書

店舗名 _____

代表者職・氏名 _____ 印

当施設を「禁煙おもてなし施設」として登録したいので、別紙「要件確認シート」を添えて下記のとおり申し込みます。

記

施設名	電話番号	
	FAX 番号	
施設住所		
施設種別 (該当するものに○を付けてください)	1.飲食店 2.小売業・サービス業店舗 3.公共交通機関等 4.福祉施設 5.宿泊施設 6.体育施設・娯楽施設 7.金融機関 8.社会教育施設・文化施設 9.事務所・会社等 10.公衆浴場 11.その他 ()	
区 分 (該当するものに○を付けてください)	1. 敷地内禁煙 2. 建物内禁煙 (建物全体) 3. 建物内禁煙 (テナント等建物の一部)	
連絡先 (事務局との連絡用)	担当者名	
	電話番号	
	F A X 番号	
	メールアドレス	
施設詳細	営業時間帯	
	休 業 日	
	連絡可能な時間帯	
広報希望の有 無	奈良市ホームページ等での施設の情報公開を 1. 希望する 2. 希望しない ※情報は上記 <input type="checkbox"/> 内を公開します。	

※登録申込みには、様式2「要件確認シート」をあわせてご提出ください。

事務局（奈良市健康医療部保健所医療政策課）記入欄

確認日	年 月 日	登録日	登録番号
確認者		年 月 日	-
確認方法	電話 ・ 現場		