（様式１）

「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 （該当するものに〇を付けてください）	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 （該当するものに〇を付けてください）	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	
	ＦＡＸ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［　　］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		