戸田市禁煙実施店認証制度申請書

年　　月　　日

(宛先)

戸田市福祉保健センター所長

所在地

店舗名

　　　　　　　　管理者名

当店舗は、受動喫煙防止対策実施施設として認定を受けたいので、下記の通り申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 店舗名 |  | |
| 所在地 | 〒　　　　－ | |
| 区分 | ☐屋内禁煙　　　　　　　　　　☐敷地内禁煙 | |
| 店舗情報  掲載希望の有無 | ※市ホームページ、いいとだマップ、チラシ（戸田市認定禁煙実施店MAP）へ店舗情報を掲載します。  ☐希望する　　　　　　　　　　☐希望しない  ホームページアドレスを記入してください。（希望する場合のみ）  貴店のPRポイントを記入してください。（希望する場合のみ）  例）キッズスペースがある／パパママ応援ショップ協賛店／お昼がワンコインで食べられる／飯大盛り無料　等 | |
| 連絡先 | 担当者名 | |
| 電話番号 | |
| メール | |
| 埼玉県受動喫煙防止対策実施施設等認証制度の  認証を受けていますか | | ☐受けている  ☐受けていない |

注１　「区分」、「店舗情報掲載希望の有無」「埼玉県受動喫煙防止対策実施施設等認証制度の

認証を受けていますか」欄は、該当する☐にチェックを入れること。

　　　　　　２　「区分」について

屋内禁煙：飲食店及び隣接する従業員スペース、テナントの場合は廊下やホールなど

共有部分も含め、屋内全体が禁煙であること。

敷地内禁煙：屋内禁煙及び駐車場がある場合は駐車場スペースも含め敷地内全体が禁煙であること。