|  |
| --- |
| 雲南圏域健康長寿しまね推進会議　行（送信票不要です）  ≪事務局：雲南保健所 健康増進課≫  ＦＡＸ　（０８５４）４２－９６５４  ＴＥＬ　（０８５４）４２－９６３６ |

（様式１）

【　下記内容をご記入の上、雲南保健所へＦＡＸまたは郵送でお送りください　】

**たばこの煙のない施設登録申込書**

当施設は受動喫煙防止対策に取り組んでいますので、たばこの煙のない施設として、

登録を申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 代表者名： | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 連絡先 | 電話 | 担当者名 |  |
| FAX |
| 受動喫煙  対策状況 | 該当するものに○印をしてください   1. 敷地内全面禁煙である（敷地内全ての場所が禁煙である） 2. 施設内全面禁煙である   （施設内全てを禁煙とし、喫煙場所を屋外等に設置している） | | |
| 貴施設の喫煙場所   1. 喫煙所や特定の場所（場所：　　　　　　　　　　　　　　　　） 2. 喫煙出来る場所なし | | |
| 施設のPR | ※ホームページ掲載の参考とします。施設の写真等の掲載を希望される場合は、写真もしくは画像を添付ください | | |
| ホームページ掲載 | ホームページに施設名・所在地を掲載してよろしいですか  掲載してよい　　　・　　　掲載して欲しくない  ※貴施設のホームページがあればアドレスをご記入ください（リンクを貼ります） | | |