（様式１）登録申込書

申込番号

**たばこの煙のない施設登録申込書**

　当施設は、下記のとおり受動喫煙防止対策に取り組んでおり、実施要領に定める「たばこの煙のない施設」に該当しますので、登録を申し込みます。

令和　　　年　　　月　　　日

所属（団体・学校名等）

代表者肩書・氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名  団体名  学校名 |  | | |
| 該当する方に○をしてください。  施設内禁煙　　・　　敷地内禁煙 | | |
| 所在地 | 〒　　　　　－ | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 担当者  職・氏名 |  | E-mail |  |
| ◆受動喫煙防止・健康づくり情報等の送付部数　→　（　　　）部　送付希望 | | | |

※ステッカーの希望サイズをお知らせ下さい。（○をつける）　→　 A4サイズ　 ・　 A3サイズ

　なお、複数枚希望される場合は、データを提供しますので、ご自由に増刷等ご活用ください。

※申込み内容のうち、団体・学校名、住所、禁煙の区分について、島根県県央保健所ホームページへ掲載します。

掲載を希望されない場合は右記「希望しない」に○印をお願いいたします。　→　希望しない