

「ノンスモーカー応援施設」承認申込書

年 月 日

高知県健康政策部健康長寿政策課長 様

郵便番号
住所
申請者 氏名
電話番号

ノンスモーカー応援施設の登録について、「ノンスモーカー応援施設事業実施要領」により、下記の内容で申込みます。

また、登録事項を高知県ホームページ等で公表することについて、承諾します。

記

当該施設では、受動喫煙防止の取組として、

[敷地内禁煙 / 建物内禁煙 / 完全分煙] に取り組んでいます。

また、受動喫煙防止の取組を、周知することに努めています。

施設名	
所在地	
電話番号	
ホームページ アドレス	

- (注)・太枠内は必ず記載してください
- ・ [敷地内禁煙 / 建物内禁煙 / 完全分煙] 内に、該当する取組内容に○を付けてください
 - ・ ホームページアドレスの公表を希望される場合は、「ホームページアドレス」欄に記載してください
 - ・ 申請書には、写真等取組が確認できるものを添付してください(「禁煙」の貼紙等)

[申請先] 高知県健康政策部健康長寿政策課
〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2番20号
TEL 088-823-9675 / FAX 088-823-9137

