

ノンスモーキー応援施設変更申込書

平成 年 月 日

高知県健康政策部健康長寿政策課長 様

申請者 郵便番号
住所
氏名
電話番号

ノンスモーキー応援施設について、下記のとおり登録内容に変更があるので、報告します。

記

施設・店舗名	(登録No.)	
所在地 (電話番号)		
変更事項	変更前(登録内容)	変更後(現在の取組内容)

(注)・申請書には、写真等新たに取り組んでいることが確認できるものを添付してください
[お客様や利用者の方に禁煙・分煙の施設であることをお知らせしている様子(貼紙や看板等)を撮影した貼紙等]

[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

