

(様式 1)

松江圏域健康長寿しまね推進会議 行 (送信票は不要です)  
事務局 松江保健所健康増進課  
**FAX : (0852) 21-2770**

〈下記内容を御記入の上、松江保健所へFAXまたは郵送でお送り下さい。〉

## 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。

年 月 日

施設名：

代表者氏名：

施設名			
所在地	〒		
電話番号		担当者氏名	
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、喫煙場所を屋外に設置している）		
ホームページ掲載の可否	松江保健所ホームページに施設名と所在地を掲載してよろしいですか。該当するものに○印をしてください。  掲載してよい ・ 掲載してほしくない		

(様式 2)

松江圏域健康長寿しまね推進会議 行 (送信票は不要です)  
事務局 松江保健所健康増進課  
**FAX : ( 0 8 5 2 ) 2 1 - 2 7 7 0**

〈下記内容を御記入の上、松江保健所へFAXまたは郵送でお送り下さい。〉

## たばこの煙のない施設登録変更届

たばこの煙のない施設の登録を変更したいので届け出ます。

年 月 日

施設名：

代表者氏名：

施設名			
所在地	〒		
電話番号		担当者氏名	
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、喫煙場所を屋外に設置している）		
変更点			

(様式3)

松江圏域健康長寿しまね推進会議 行 (送信票は不要です)  
事務局 松江保健所健康増進課  
**FAX : (0852) 21-2770**

〈下記内容を御記入の上、松江保健所へFAXまたは郵送でお送り下さい。〉

## たばこの煙のない施設登録中止届

たばこの煙のない施設の登録を中止したいので届け出ます。

年 月 日

施設名：

代表者氏名：

施設名			
所在地	〒		
電話番号		担当者氏名	
中止の理由			