**一緒に取り組みませんか!?**



　隠岐圏域健康長寿しまね推進会議では、公共の場や多くの方が利用される

施設、事業所などの完全禁煙に向けた取り組みを進めています。

その取り組みを広げるため、敷地内または施設内を終日禁煙とされている施設を

「たばこの煙のない施設」として募集・登録し、より地域に根づいた啓発活動を目指します。

法律（健康増進法第25条）でも、多数の者が利用する施設では

「受動喫煙を防止するために必要な対策に努めなければならない」と規定されています。

対象施設

1010

**登録のメリット**

* 健康増進法第２５条の対象となる施設のうち、

敷地内または施設内を終日禁煙とする施設

　≪健康増進法第２５条の対象施設≫

|  |
| --- |
| 学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店、そのほかの施設（鉄軌道駅、バスターミナル、旅客船ターミナル、金融機関、美術館、博物館、社会福祉施設、商店、ホテル、旅館等の宿泊施設、屋外競技場、遊技場、娯楽施設、バス、タクシー、航空機、旅客船等多数の者が利用する施設） |

※上記対象施設のうち、学校及び乗り物を除きます。

※飲食店は「たばこの煙のない飲食店拡大事業」、理容店・美容店は「たばこの

煙のない理容店・美容店登録拡大事業」への登録を優先します

「誰もが安心して利用しやすくなる」

「従業員が健康で働ける」

「ホームページで施設のＰＲが出来る」

[](http://ord.yahoo.co.jp/o/image/_ylt=A7dPdCY9BJhTxisAQGqU3uV7/SIG=12ngi0jaa/EXP=1402557885/**http:/pds.exblog.jp/logo/1/200605/16/88/b009988820060711105724.jpg)

登録方法

1010



**①申込用紙（裏面様式１）に記入し、**

**隠岐保健所へ申込み**

**②隠岐保健所で内容確認、登録**

**③登録証、ステッカーの交付**

**お手伝いいただくこと**

終日禁煙へご協力ください

「認定証」や「ステッカー」を、施設内の見えやすいところへ貼ってください

健康づくり情報を施設内におき、啓発にご協力ください

**≪問合せ先≫　隠岐圏域健康長寿しまね推進会議（事務局：島根県隠岐保健所）**

〒685-8601　隠岐郡隠岐の島町港町塩口24

TEL：０８５１２－２－９７１３　　FAX：０８５１２－２－９７１６

|  |
| --- |
| 隠岐圏域健康長寿しまね推進会議　行（送信票不要です）  ≪事務局：隠岐保健所 健康増進課≫  **ＦＡＸ　（０８５１２）２－９７１６**  ＴＥＬ　（０８５１２）２－９７１３ |

（様式１）

【　下記内容をご記入の上、隠岐保健所へ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：平成　　　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） | | |
| 貴施設の喫煙場所についてご回答ください。   1. 喫煙所や特定の場所を設けている（場所：　　　　　　　　　　） 2. 喫煙出来る場所を設けていない | | |
| 施設のPR | ※ホームページ掲載の参考とします。 | | |
| ホームページ掲載 | 隠岐保健所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 | | |

|  |
| --- |
| 隠岐圏域健康長寿しまね推進会議　行（送信票不要です）  ≪事務局：隠岐保健所 健康増進課≫  **ＦＡＸ　（０８５１２）２－９７１６**  ＴＥＬ　（０８５１２）２－９７１３ |

（様式２）

【　下記内容をご記入の上、隠岐保健所へ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変更届**

下記のとおり登録事項に変更が生じましたので、届け出ます。

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 連絡先 | 電話 | 担当者名 |  |
| FAX |
| 変更前 | 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） | | |
| 変更後 | 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） | | |

|  |
| --- |
| 隠岐圏域健康長寿しまね推進会議　行（送信票不要です）  ≪事務局：隠岐保健所 健康増進課≫  **ＦＡＸ　（０８５１２）２－９７１６**  ＴＥＬ　（０８５１２）２－９７１３ |

（様式３）

【　下記内容をご記入の上、隠岐保健所へ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。

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 連絡先 | 電話 | 担当者名 |  |
| FAX |
| 中止の理由 |  | | |