

様式 1

申込年月日 令和 年 月 日

島根県健康福祉部薬事衛生課

しまね「新型コロナの予防に取り組むお店」紹介事業 参加申込窓口 御中

住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)

〒

氏名 (法人にあつては名称及び代表者の氏名)

電話番号

しまね「新型コロナの予防に取り組むお店」紹介事業参加申込書

しまね「新型コロナの予防に取り組むお店」紹介事業実施要領の規定に基づき、参加を申し込みます。

記

1 事業所の名称

2 事業所所在地

3 事業所電話番号

4 業種 (該当するものにチェックを入れてください)

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 客席飲食施設 | <input type="checkbox"/> 接待飲食施設 | <input type="checkbox"/> 宿泊施設 |
| <input type="checkbox"/> 理容所 | <input type="checkbox"/> 美容所 | <input type="checkbox"/> クリーニング所 |
| <input type="checkbox"/> 公衆浴場 | <input type="checkbox"/> 食品小売店舗 | |

5 添付資料 (自主点検票) 別添のとおり