

受動喫煙防止宣言施設 変更申請書

| | | | |
|---|--|-------|--|
| 登録番号 | | | |
| 施設・事業所名 | | | |
| 所在地 | 〒 ー | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| 協会けんぽ秋田支部加入状況 | <input type="checkbox"/> 加入している（協会けんぽ健康保険証の記号： ） <input type="checkbox"/> 加入していない （注）協会けんぽ健康保険証の記号は7～8桁の数字です。 | | |
| <input type="checkbox"/> 本社・本店等のみでなく支店等も含め、一括で申請する。 （該当する場合は、下記に施設・事業所数を記入してください。） | | | |
| 申請施設 事業所数 | 箇所（本社・支店等を含む） （注）2箇所以上の施設を申請する場合は、別紙で施設名簿を添付してください。 | | |

変更事項について、該当する□の箇所にレ点を入れ、変更後の事項を記入してください。

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 施設・事業所名 | |
| <input type="checkbox"/> 所在地 | |
| <input type="checkbox"/> 電話・FAX番号 | |
| <input type="checkbox"/> 区分 建物内禁煙→敷地内禁煙にした場合等 | |

上記のとおり変更申請します。

年 月 日

施設・事業所名

管理者氏名

秋田県知事

| | | | | | | |
|--------|---|-------|---|---|---|---|
| 受付機関名称 | ※ | 受付年月日 | ※ | 年 | 月 | 日 |
|--------|---|-------|---|---|---|---|

備考：※の欄は記入しないでください。