令和　年　　月　　日

徳島県知事　殿

「ワクチン・検査パッケージ制度」登録申請書

次のとおり登録申請します。

１　申請者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者名  ※法人にあっては名称及び代表者役職名・氏名 | （フリガナ） |
| 申請者住所  ※法人にあっては所在地 | （郵便番号） |
|  |
| 連絡担当者 | （氏名） |
| （電話番号）※日中に連絡の取れるもの |
| （メールアドレス） |
| 施設（店舗）名 | （フリガナ） |
|  |
| 施設（店舗）所在地 | （郵便番号） |
|  |
| 施設（店舗）電話番号 |  |
| ガイドライン実践店ステッカー番号  ※ステッカー未取得の店舗は，事前にステッカーを取得すること |  |
| 店舗の区分 | 飲食店  ※飲食店営業許可を受けているカラオケ店を含む  　カラオケ店  ※飲食を主として業としていないカラオケ設備を設置している店舗 |

２　同意事項

|  |  |
| --- | --- |
| ワクチン・検査パッケージの実施にあたっては，国の制度要綱に基づき，ワクチン接種歴又は検査結果の陰性のいずれかを確認することなど適切に実施します。 |  |
| 店舗情報について，県ホームページ等において，公表されることに同意します。 |  |
| 申請に係る情報について必要に応じて関係行政機関に提供されることに同意します。 |  |
| 「アクリル板の設置（又は座席の間隔の確保）」，「手指消毒の徹底」，「食事中以外のマスク着用の推奨」，「換気の徹底」，「とくしまコロナお知らせシステムの参加・掲示」ほか，ガイドライン実践店として，業種別ガイドラインを遵守し，営業を行っています。 |  |