

## 千葉県飲食店感染防止対策認証事業認証申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

以下のとおり申請します。

申請者情報		
(法人の場合は名称及び代表者役職名・氏名)		
フリガナ 申請者:		
申請者住所: 〒 -		
企業規模: □にチェックマーク(✓)を記入してください。	<input type="checkbox"/> 中小企業者・個人事業主等 ※中小企業者: 資本金又は出資の総額5千万円以下又は 常時使用する従業員数50人以下	<input type="checkbox"/> 大企業 ※補助金の対象ではありませんが、 認証は可能です。
フリガナ 施設名称:	駐車場の有無 □ 無 □ 有 (□有料 □無料)	
施設所在地: 〒 -	最寄り駅 _____線 _____駅 徒歩 約__分	
フリガナ 担当者:	電話: (日中連絡がつく電話番号を記入してください。) メールアドレス:	
風営法第2条第3項に定める「接待」の有無: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
確認項目 □にチェックマーク(✓)を記入してください。		
<input type="checkbox"/> 「千葉県飲食店感染防止対策認証事業に係る認証の基準」に沿って感染防止に取り組んでいます。		
<input type="checkbox"/> 「飲食店に対する千葉県感染防止対策協力金」と「認証制度」の関係について了解しています。 (1) まん延防止等重点措置区域外の認証店については、千葉県感染拡大防止対策協力金の申請対象とは なりません。 (※緊急事態宣言が発令されている時及びまん延防止等重点措置区域内の認証店は、 千葉県感染拡大防止対策協力金の申請対象となります。) (2) 協力金の早期給付を受給している場合には、一部返還となる場合があります。		
<input type="checkbox"/> 千葉県飲食店感染防止対策認証事業認証店として、公表されることに同意します。		
現地確認 希望の曜日・時間帯を記入してください。		
店舗の対策状況を確認させていただきます。現地確認は、1時間程度を予定しています。対応可能な曜日に○をし、希望の時間帯があれば記入してください。後日ご連絡のうえ、確認日を調整させていただきます。		
希望曜日: 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日		
希望時間帯: 時 ~ 時の間		
施設概要		
営業時間: 時 分~ 時 分	座席数: カウンター _____席・テーブル _____席・個室 _____室	
定休日:	現在のお店の状況: <input type="checkbox"/> 営業中 <input type="checkbox"/> 休業中 ( / ~ / )	
◆ お店のジャンルに○を付けてください。		
和食 ・ 日本料理 ・ そば/うどん ・ 焼き肉 ・ 寿司 ・ 食堂 ・ ファミレス		
洋食 ・ イタリアン ・ フレンチ ・ 多国籍 ・ 中華 ・ ラーメン		
バー ・ ダイニングバー ・ 居酒屋 ・ バイキング ・ ファーストフード ・ カフェ		
スナック ・ キャバクラ ・ その他 ( )		

※黒ボールペンで記入してください。(消えるボールペン・鉛筆不可)

※修正液・修正テープの利用不可