

千葉県知事 様

「ワクチン・検査パッケージ制度」登録申請書

次のとおり申請します。

申請者名 ※法人にあつては名称及び代表者役職名・氏名		
申請者住所 ※法人にあつては所在地		〒
店舗名 ※食品営業許可を受けている場合は、食品営業許可証上の店舗名		
店舗所在地・店舗電話番号 ※食品営業許可を受けている場合は、食品営業許可証上の店舗所在地		〒 TEL
店舗の区分 ※いずれかにチェックしてください。		<input type="checkbox"/> 飲食店等（飲食店・喫茶店営業許可を受けている店舗） ※飲食店・喫茶店営業許可を受けているカラオケ店を含みます。 <input type="checkbox"/> 飲食店等営業許可を受けていないカラオケ店
飲食店等	食品営業許可番号	
	認証店・確認店番号 ※申請時点で不明な場合は空欄で差し支えありません。	
飲食店等営業許可を受けていないカラオケ店 ※登録には業種別ガイドラインを遵守していることが必須です。		<input type="checkbox"/> 業種別ガイドラインを遵守し、営業を行っています。
担当者	氏名	
	電話番号 ※日中連絡の取れるもの	
	メールアドレス	
公表について ※登録には公表への同意が必要になります。		<input type="checkbox"/> 「ワクチン・検査パッケージ登録店」として公表されることに同意します。 ※公表にあつては、店舗名・店舗所在地・店舗電話番号を公表する予定としています。

※本申請書は、「ワクチン・検査パッケージ制度要綱」（令和3年11月19日新型コロナウイルス感染症対策本部）3.（1）の行動制限の緩和を受ける際に登録いただくための申請書となります。

※登録の効力発生日については、有効な申請であることを確認した日とし、別途メールもしくは電話にて通知します。

※収集した情報は、千葉県及び千葉県より委託を受けた東武トップツアーズ株式会社が、ワクチン・検査パッケージ制度登録業務において利用します。