

# 愛媛県ワクチン・検査パッケージ制度/対象者に対する全員検査 適用施設登録申請書

愛媛県知事 様

1.  愛媛県ワクチン・検査パッケージ制度適用施設登録制度実施要綱第3条  
 2.  愛媛県対象者に対する全員検査適用施設登録制度実施要綱第3条  
 次のとおり申請します。

} の規定に基づき、

※上記1、2の内、登録申請を行いたい制度にを入れてください。(複数選択可)

申請日 年 月 日

施設（店舗）名称	(フリガナ)	
施設（店舗）所在地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
施設（店舗）電話番号		
区分 ※いずれかにチェックマークを記入し、 認証店の場合は認証店番号を ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 愛顔の安心飲食店認証店（認証店番号_____） <input type="checkbox"/> 飲食を主として業としていないカラオケ店（上記認証店及び暴力団員である者 又は法人であってその従業員のうちに暴力団員である者がいるものが営むものを除く。）	
申請事業者名 ※個人事業主の方は、 代表者名をご記入ください。	(フリガナ)	
申請事業者住所 (主たる事務所の所在地) ※個人事業主の方は、 自宅住所をご記入ください。	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
申請事業者電話番号		
代表者 ※法人の方はご記入ください。	(役職)	(フリガナ) (氏名)
施設（店舗）責任者 ※メールアドレスは、ハイフン(-)・ アンダーバー(_)・ユー(u)・ブイ(v)・ ゼロ(0)・オー(o)等が分かるように 丁寧に記入ください。 ※メールアドレスがない場合は、 その旨ご記入ください。	(フリガナ)	(氏名)
	(電話番号)	
	(メールアドレス)	
	【注意：事務局から連絡が届くように「***@ehime-anshinninsyo.com」のメール受信許可設定をしてください。】	
施設（店舗）公式HP ※HPがない場合、記入不要です。	【注意：ホットペッパーや食べログ、ぐるなび等、グルメサイト店舗ページのURLは記入しないでください。】	

第2版

## 【送付先】

認証店の場合	愛顔の安心飲食店認証制度事務局（平日11:00～19:00 ※土日祝除く） 所在地：〒790-8686 松山市湊町7丁目7-1 セキ株式会社内 電話番号：089-945-3280 FAX番号：089-945-3281
カラオケ店の場合 (認証店を除く。)	愛媛県 保健福祉部 検査無料化促進班（平日8:30～17:15 ※土日祝除く） 所在地：〒790-8570 松山市一番町四丁目4番地2 電話番号：089-968-2905 FAX番号：089-968-2496