

山形県新型コロナ対策認証申請書

令和 年 月 日

山形県知事 殿

以下のとおり申請します。

申請者情報 <input type="checkbox"/> はチェックマーク（✓）を記入してください。	
（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／代表者生年月日：	年 月 日
〒 - 申請者住所：	
業種： <input type="checkbox"/> 飲食業 <input type="checkbox"/> 宿泊業	
フリガナ 施設名称：	
〒 - 施設所在地：	
担当者：	（日中連絡がつく電話番号を記入してください。） 電話：
確認項目 <input type="checkbox"/> にチェックマーク（✓）を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 業種別「感染拡大予防ガイドライン」に沿って感染防止に取り組んでいます。	
<input type="checkbox"/> 山形県新型コロナ対策認証施設として、公表されることに同意します。	
施設確認 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。施設確認は、30分から1時間程度を予定しています。対応可能なところに○を記入してください。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
希望時間帯：	午前 / 午後 時 ~ 時の間