

鹿児島県宿泊施設の認証取得促進事業事務局

電話:099-239-7944、FAX:099-224-4456、メールアドレス:ninsyouseido@jtb.com

〒892-0847 鹿児島県鹿児島市西千石町 11-25 鹿児島フコク生命高見馬場ビル 5階 JTB 鹿児島支店内  
(様式第1号)

鹿児島県宿泊施設の感染防止対策認証制度 認証施設申請書

令和4年 月 日

鹿児島県知事 塩田 康一 様

住 所 \_\_\_\_\_  
事業者名 \_\_\_\_\_  
代表者名 \_\_\_\_\_  
(担当) \_\_\_\_\_ (TEL) \_\_\_\_\_

「鹿児島県宿泊施設の感染防止対策認証制度」の趣旨に同意し、下記のとおり申請します。  
また、同制度実施要綱及び関係法令等を遵守することを誓約します。

記

施設名	(フリガナ)	認証番号	
所在地 (ステッカー及び ポスターの郵送先)	〒	※記載不要	
代表者名			
電話番号		FAX 番号	
宿泊施設の運営に 必要な許可 該当する項目を○で 囲んでください	1. ホテル 2. 旅館営業 3. 簡易宿泊営業 4. その他	許可番号	
確認項目 □にチェックマーク(✓) を記入してください	□ 別紙「認証基準チェックリスト」に沿って感染防止に取り組んでいます。 □ 感染防止対策認証施設として、公表されることに同意します。		

(添付書類)

(1) 認証基準チェックリスト

(2) 営業許可書の写し

(自由記述欄)

(チェック欄)

認証ポスター  
希望枚数  
(上限:10枚)

記載が無い場合は1枚送付します。

枚

以上