

鹿児島県宿泊施設の感染防止対策認証制度事務局
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 3 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 (チェック欄)
(2) 営業許可書の写し

(自由記述欄)

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