様式第１号の２

「空気のきれいな車両」認証申請書

年　　　月　　　日

福島市保健所長

申請者名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

当事業所の車両は「空気のきれいな車両」として認証を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  | |
| 所 在 地 | | 〒　　 　－  ☎（　　　　　）　　　　　－ | |
| 車両区分 | | ※該当する施設の番号を○で囲んでください。 | |
| １　タクシー　　　　　　　【　　　　　台】  ２　バス　　　　　　　　　【　　　　　台】  ３　福祉団体・施設の車両　【　　　　　台】  ４　利用者の送迎用車両　　【　　　　　台】 | |
| 認証ステッカーの発行希望枚数　【　　　　　　枚】  ※ステッカーは。認証車両台数まで発行可能です。 | |
| 連 絡 先 | | 担当者名 | |
| 電　　話　（　　　　　　）　　　　　－ | |
| FAX　（　　　　　　）　　　　　－ | |
| メールアドレス | |
| ホームページへの掲載希望　　有　・　無 | | | | |
| ホームページ掲載内容　基本事項 | 営業時間帯 | | ：　　　　　　～　　　　　　： | |
| 定休日 | |  | |
| 総客席数 | | 席 | |
| 施設・事業所  ホームページのＵＲＬ | |  | |
| 駐車場の有無 | | 有（　　　　台）　・　無 | |
| 施設写真 | 市ホームページに掲載する写真の電子データを添付してください。 | | | |

裏面へ続く

|  |  |
| --- | --- |
| PR  コメント  （400字以内） |  |

**★　認証要件を満たしていることを確認し、太枠内のチェック欄に○をご記入ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾁｪｯｸ欄 | 認　証　要　件 | ☆確認欄  　月　日 |
|  | ・車内が終日禁煙である。 |  |
|  | ・車内の灰皿を使用していない。 |  |

☆印の確認欄は、実地調査した場合に記入します。