（第1号様式）

**飲食店対象感染症アドバイザー制度　利用申込書**

申込日　令和３年　　月　　日

松戸市長

　以下のとおり申し込みします。

（法人の場合は名称及び代表者役職名・氏名）

|  |  |
| --- | --- |
| １　 |  |
| ２　申込者住所 | 〒 |
| ３　企業規模☐にチェック(✓) | 　[ ] 　中小企業者・個人事業主　　　　　　　[ ] 　その他　 ※中小企業者：資本金又は出資の総額5千万円以下又は常時使用する従業員50人以下 |
| ４　 |  | ５　募集要項の3.募集概要(4)の該当№ |  |
| ６　施設所在地 | 〒 |
| ７　担当者氏名連絡先 | 氏　名 |  |
| 連絡先 | （日中連絡がつく電話番号） |
| メールアドレス |  |
| ８　誓約事項 | 　[ ] 　暴力団、暴力団員、暴力団員等若しくは暴力団、暴力団員、暴力団員等と密接な関係を有す者が運営する店舗ではありません。　[ ] 　現地確認時に店舗に生じた損壊・損傷については、市に責任を求めません。（ただし、市の故意または過失があった場合は除く） |
| ９　現地確認希望日 | 対応可能な曜日に〇をし、希望の時間帯があれば記入してください。現地確認は2時間程度を予定しています。 |
| 希望曜日 | 　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日 |
| 時間帯 | 　午前　／　午後　　　時　～　　　時の間 |
| 10　店舗の状況 | 天井の高さ |  | ｍ |
| 客　席　数 |  | 席 |
| 平均的な滞在時間 |  | 時間程度 |
| 厨房設置の換気扇の性能 |  | ㎥/h |
| 11　業種☐にチェック(✓) | 　[ ] 　居酒屋　　　　　　　　　[ ] 　レストラン・料理店　[ ] 　接待を伴う飲食店　　　　[ ] 　カラオケ設備のある飲食店 |

＜添付書類＞　平面図　　※可能であれば客席の配置を記入

（事務局処理欄）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受付日 | 選定の有無 | 現地確認日 | 連絡 |
| アドバイザー | 担当者 |
| 処理状況 |  |  |  |  |  |