

ワクチン・検査パッケージ制度 登録申請書

福井県知事 様

令和 年 月 日

ワクチン・検査パッケージ制度要綱の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請者情報	※法人・個人事業主のいずれかに記入してください。	
【法人】	法人名： 主たる事務所の所在地：〒	
	代表者 ^{ふりがな} 氏名：	
【個人事業主（代表者）】	ふりがな 氏名：	(住所) 〒
ふりがな 店舗の名称		
店舗の所在地	〒	
店舗の電話番号		
「ふくい安全・安心認証店」 認証番号		
担当者	(氏名) (電話)	(メールアドレス)
申請にあたっての 同意事項	<input type="checkbox"/> 以下の内容に同意します。(□に✓を記載願います。) ・ワクチン・検査パッケージ制度要綱を確認しました。 ・県は申請のあった店舗名や住所等の情報を、ワクチン・検査パッケージ登録事業者としてホームページ等に公開（紹介）します ※個人情報は非公開です	