

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: 代表者 ^{ふりがな} 氏名: 主たる事務所の所在地: 〒	
【個人事業主(代表者)】	(自宅住所)〒 ふりがな氏名:	
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	※認証番号は認証ステッカー記載の番号	
担当者	(氏名) (メールアドレス)	(電話)
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。(「ふくい安全・安心飲食店認証制度」HP掲載) ・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	

【送付先】

〒918-8104 福井市板垣3丁目1510 (株)ウララコミュニケーションズ内
ふくい安全・安心飲食店 認証サポートセンター 行

【送付する物】 ワクチン・検査パッケージ制度 登録申請書

【メールで申請をされる方】 info@fukui-anshin-ninsyou.com

※認証番号は、認証ステッカーに記載している番号です。HPでもご確認いただけます。

※複数の店舗を経営されている方は、店舗ごとに申請をお願いします。

※ワクチンパッケージのステッカーの店舗の名称は、登録申請書を元に記載します。

※メール申請で、画像が小さい・文字が読みにくい時は再提出をお願いする場合があります。