

# マスク飲食実施店 申請書

(令和4年度版)

申請日

事業者名 (運営法人名または個人事業主氏名)		法人番号(法人の方のみご記入ください)
事業者・郵便番号	事業者住所(運営法人または個人事業主)	電話番号(運営法人または個人事業主)

申請店舗名	店舗郵便番号	申請店舗・住所

↓連絡が取れないと現地確認ができません↓

申請担当者・氏名	申請担当者・フリガナ	申請担当者・電話番号(携帯)	連絡がつく時間帯
申請時点の客席数	営業時間(時短要請が無かった場合)	申請担当者・メールアドレス	

チェック項目	※各項目に実施している場合□にチェックを入れてください ※原則として「全ての項目」の実施が必要です
--------	--

感染防止対策取組書	マスク飲食実施店認証条件
<input type="checkbox"/> 感染防止対策取組書の掲示 <input type="checkbox"/> 取組項目の実施	<input type="checkbox"/> マスク飲食実施店であることの対外的な発信 (宣言)
	<input type="checkbox"/> 入店時の「マスク飲食の実施」についての丁寧な説明
	<input type="checkbox"/> マスク飲食に協力しない方に対する入店遠慮の働きかけ
基本的な感染防止対策	<input type="checkbox"/> マスク飲食用マスク等の配布
<input type="checkbox"/> 手指消毒の徹底 <input type="checkbox"/> アクリル板等の設置 又は座席の間隔の確保	<input type="checkbox"/> 注文用タブレット、店内放送・ディスプレイ等での呼びかけ
	<input type="checkbox"/> 注文時や料理提供時の再度の説明
<input type="checkbox"/> 換気の徹底	<input type="checkbox"/> マスク飲食の実施状況のウォッチ (注文した料理を待っている間含む)
	<input type="checkbox"/> マスク等なしで会話をする方に対する着用の呼びかけ
	<input type="checkbox"/> マスク飲食に協力しない方に対する早期退店の要請

チラシ、認証条件(詳細)等をよく読み、内容を理解しました。認証条件や、特措法に基づく県からの要請を遵守します。  
 この情報を、神奈川県が実施する新型コロナウイルス感染症拡大防止協力金の交付事務に利用することを同意します。

【郵送送付先】	〒170-0013東京都豊島区東池袋4-5-2ライズアリーナビル6階 (株)アイヴィジット内 神奈川県マスク飲食実施店認証制度窓口宛
【FAX送信先】	03-6627-9989 神奈川県マスク飲食実施店認証制度窓口宛

※本申請書は上記の県委託業者へ郵送またはFAXでお送りください。  
 ※申請の際はコピーを取り、お手元の控えとしていただくよう、お願いします。  
 (利用者から、申請中である旨の確認が求められた際は、当申請書の提示をお願いします。)