

## 鎌倉保健福祉事務所 住宅宿泊事業定期報告書

住宅宿泊事業法第14条の規定により、住宅宿泊事業者は偶数月の15日までに、前2か月の定められた事項について、神奈川県知事(鎌倉保健福祉事務所長)に報告する必要があります。(例:6月1日～7月31日の報告を8月15日までに行います。)

\* 下記の空欄(太枠内)に必要事項を入力し、窓口、郵送、ファクシミリにより報告してください。

年 月 日  
鎌倉保健福祉事務所長 様

事業者名	
届出番号	第M14 号
報告対象期間	年 月～ 月分
報告者名	
報告者連絡先	

### 事業実績報告

実施日に宿泊した人数を記録してください。  
(連泊の場合は、連泊日すべてが実施日になります)

____月				____月			
実施日	人数	実施日	人数	実施日	人数	実施日	人数
1		17		1		17	
2		18		2		18	
3		19		3		19	
4		20		4		20	
5		21		5		21	
6		22		6		22	
7		23		7		23	
8		24		8		24	
9		25		9		25	
10		26		10		26	
11		27		11		27	
12		28		12		28	
13		29		13		29	
14		30		14		30	
15		31		15		31	
16				16			
計(人)	<b>(A)</b>			計(人)	<b>(B)</b>		

### 宿泊者数 国籍別内訳

国籍ごとの宿泊者数を記入して下さい。  
(2か月間の合計です)

国籍	人数	国籍	人数
日本		米国	
韓国		カナダ	
台湾		オーストラリア	
香港		( )	
中国		( )	
タイ		( )	
シンガポール		( )	
マレーシア		( )	
インドネシア		( )	
フィリピン		( )	
ベトナム		( )	
インド		( )	
英国		( )	
ドイツ		( )	
フランス		( )	
イタリア		( )	
スペイン		( )	
ロシア		( )	

延べ人数(A)+(B)		人
宿泊日数計		日

<b>宿泊者数計</b> (国籍ごとの宿泊者数計)		人
------------------------------	--	---

<b>報告先</b>	鎌倉保健福祉事務所 環境衛生課 住所: 〒248-0014 鎌倉市由比ガ浜2-16-13 電話番号:0467(24)3900 ファクシミリ番号:0467(24)4379
------------	---

- ※注意事項
- ・例:日本人1人が3日間宿泊した場合、左表の宿泊した日全てに1と記入し、右表の日本の宿泊者数に1を記入します。
  - ・子どもや乳幼児も1人としてカウントします。
  - ・報告月間で宿泊させた人が0人の場合でも、その旨の報告が必要です。(0人、0日での報告)