（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 |  |  |  |  |  |