

※ 事務局使用欄	
受付番号	

ワクチン・検査パッケージ制度等登録申請書

申請日： 年 月 日

香川県知事 殿

ワクチン・検査パッケージ制度等登録事務実施要綱第4条の規定により、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 〒 -	
(フリガナ) 代表者 職・氏名			
担当者名		担当者電話番号	
【個人事業主】 (フリガナ) 氏名		住所：〒 -	
担当者名		担当者電話番号	
<input type="checkbox"/> ワクチン・検査パッケージ制度等の登録申請に当たり、下記の内容について誓約します。 (チェックマーク(✓)を記載してください) ・ ワクチン・検査パッケージ制度等登録事務実施要綱第3条に規定する登録対象外となる場合に該当しません。 ・ ワクチン接種歴又は陰性の検査結果についての必要な確認に従業員等に徹底させます。 ・ ワクチン・検査パッケージ制度等登録事務実施要綱に基づき、登録の取消し等が行われたとしても異議ございません。 ・ 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしていません。 ・ 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与していません。 ・ 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながら、これと社会的に非難されるべき関係を有していません。 ・ 香川県が必要と判断した場合には、香川県警察本部その他関係機関に照会することについて承諾します。 ・ 対象者全員検査についての登録も兼ねていることについて承諾します。			
ホームページへの掲載の可否	<input type="checkbox"/> 公開可 <input type="checkbox"/> 公開不可 (いずれかの□に✓を記載願います。) ※「公開可」を選択いただいた場合、ホームページにおいて、店舗の名称(店舗名、屋号等)、店舗所在地、電話番号等を公開いたします。		

店舗No.	店舗名	認証番号
1		
	店舗所在地	〒 -
2		
	店舗所在地	〒 -
3		
	店舗所在地	〒 -

※記載欄が不足する場合は、別葉としてください。