

「ワクチン・検査パッケージ制度」登録申請書

群馬県知事 様

「ワクチン・検査パッケージ制度」の適用を希望するため、以下のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請内容	「ワクチン・検査パッケージ制度（飲食店等）」の登録	
申請担当者 ご連絡先	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	
店舗情報	フリガナ	
	店舗名	
	認定番号	※新規認定の場合、又は申請時点で不明な場合は空欄で差し支えありません。
	電話番号	
	店舗所在地 (配付物送付先)	〒 -
	配付物送付先 ※店舗以外への送付 希望の場合のみ記載	宛先： 住所：〒 - 電話番号：

誓約事項について、以下内容のご確認、☑(チェック) 記入の上、ご提出をお願いします。
※すべての項目が満たされている場合に限り、申請ができます。

《「ワクチン・検査パッケージ制度」 誓約事項》

- 「ワクチン・検査パッケージ制度」対象の店舗であること。
- ワクチン・検査パッケージの実施にあたっては、国の制度要綱に基づき、「ワクチン接種歴」又は「検査結果の陰性」のいずれかを確認するなど適切に実施すること。
- 店舗情報について、県ホームページ等において公表されること。
- 申請に係る情報について、必要に応じて関係機関に提供されること。