　　　　　　　保健所　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　下記店舗において，記載の通りの健康増進法違反の疑いがありますので，報告します。

**＜対象店舗＞**

　　店舗名

　　所在

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（住所または「●●駅北側」等）

　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（分かれば）

**＜現場確認日時＞**

　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　（午前・午後）　　　時ころ

**＜健康増進法違反が疑われる内容（チェック記入の項目）＞**

　□　店内に喫煙可の場所があるのに、**そのことを記載した標識**が飲食店出入口に表示されていません。　　　　　（健康増進法33条3項，35条3項，附則2条1項，3条1項）

　□　店内で喫煙しながら飲食可であるのに、**広告宣伝**でその旨が示されていません。

（健康増進法35条8項，附則2条4項，3条2項）

　□　店内で喫煙しながら飲食可であるのに、**20歳未満**立入禁止の**標識**が喫煙エリア出入口に表示されていません。（健康増進法33条2項，35条2項，附則2条1項，3条1項）

　□　**経過措置が受けられない**飲食店であるのに（規模が大きい飲食店である、または、2020年4月1日以降の開業である）、喫煙しながら飲食がなされています。

（健康増進法附則2条2項）

　□　店内の喫煙可のエリアに**20歳未満**がいます。

（健康増進法33条5項，35条7項，附則2条1項，3条1項）

　□　喫煙エリアの**間仕切りが不十分**です。

（健康増進法33条4項，35条5項，附則2条1項，3条1項）

**＜報告者＞**

　　氏名

　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　 （電話番号・携帯電話番号・メールアドレス等）

　　　　　　　保健所　御中

**サンプル**

**これは2020年4月1日施行の改正健康増進法に基づくものです。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

**対象店舗を管轄する保健所になります。**

　下記店舗において，記載の通りの健康増進法違反の疑いがありますので，報告します。

**＜対象店舗＞**

　　店舗名

　　所在

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（住所または「●●駅北側」等）

　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（分かれば）

**＜現場確認日時＞**

　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　（午前・午後）　　　時ころ

**＜健康増進法違反が疑われる内容（チェック記入の項目）＞**

　□　店内に喫煙可の場所があるのに、**そのことを記載した標識**が飲食店出入口に表示されていません。　　　　　（健康増進法33条3項，35条3項，附則2条1項，3条1項）

**確認できた違反態様のチェックボックスにチェックを入れてください。**

　□　店内で喫煙しながら飲食可であるのに、**広告宣伝**でその旨が示されていません。

（健康増進法35条8項，附則2条4項，3条2項）

　□　店内で喫煙しながら飲食可であるのに、**20歳未満**立入禁止の**標識**が喫煙エリア出入口に表示されていません。（健康増進法33条2項，35条2項，附則2条1項，3条1項）

　□　**経過措置が受けられない**飲食店であるのに（規模が大きい飲食店である、または、2020年4月1日以降の開業である）、喫煙しながら飲食がなされています。

（健康増進法附則2条2項）

　□　店内の喫煙可のエリアに**20歳未満**がいます。

（健康増進法33条5項，35条7項，附則2条1項，3条1項）

　□　喫煙エリアの**間仕切りが不十分**です。

（健康増進法33条4項，35条5項，附則2条1項，3条1項）

**＜報告者＞**

**保健所から事実関係の確認が必要になることがあるので，名前と連絡先をご記入ください。**

　　氏名

　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　 （電話番号・携帯電話番号・メールアドレス等）