

<別紙:回答表>

公共施設の受動喫煙防止に関する実態調査回答票

(平成29年5月1日現在)

所属名 【 】
担当者名 【 】
TEL 【 】
FAX 【 】
E-Mail 【 】

※この質問票の回答結果は、報道機関及び福島県のホームページにおいて公表されます。施設名について公表を望まない場合は右図にチェックを付けてください。

貴所が所管する施設の受動喫煙防止の状況等について、別紙の質問表の回答を以下に記載してください。

番号	問1		問2	問3	問4
	分類番号	施設名	施設状況	予定	理由
記載例	5	A市保健センター	1		
	2	B町役場 C支所	4	2	4
1					
2					
3					
4					
5					

★貴所が所管する施設数に応じて、適宜回答欄を拡充してお使いください。

問5 意見

ご回答ありがとうございました。