

「今こそ鹿児島の旅（第4弾）」の利用に係る同意書

申請書に名前の記載があるものは、「今こそ鹿児島の旅 第4弾」の利用にあたって、下記のことにご同意いたします。

記

- 申請書類の内容は虚偽ではありません。

- 宿泊施設・旅行会社の求めに応じ、補助対象者のワクチン接種（3回）証明書またはPCR検査等の検査結果（陰性）を提示します。これらを満たさない場合、補助適用が受けられないことを了承します。

- 「鹿児島県地域観光事業支援」事務局から事情聴取、関係書類の提出等の調査協力の要請があった場合、これに応じます。

- 施設等のルールに従い新型コロナウイルス感染症対策に取り組めます。

- 体調に異変がある場合には、速やかに申し出ます。

- 以下のクーポン枚数の通りクーポンを受領しました。

同意及びクーポン受領に関する署名（代表者直筆）

クーポン発行金額 円

代表者氏名（年齢）		()	
宿泊者内訳		大人	名 合計
ワクチン検査パッケージ活用の確認		<input type="checkbox"/> 接種証明書 <input type="checkbox"/> 検査結果通知書等	
※グループの場合は下記にご同行者様の情報も必要となりますので必ず記入してください。			
2	氏名(年齢)	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 接種証明書 <input type="checkbox"/> 検査結果通知書等
3	氏名(年齢)	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 接種証明書 <input type="checkbox"/> 検査結果通知書等
4	氏名(年齢)	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 接種証明書 <input type="checkbox"/> 検査結果通知書等
5	氏名(年齢)	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 接種証明書 <input type="checkbox"/> 検査結果通知書等
6	氏名(年齢)	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 接種証明書 <input type="checkbox"/> 検査結果通知書等
宿泊日	年 月 日 () ~ 年 月 日 () <small>※連泊の場合、7泊目までが補助適応となります</small>		泊数
			泊

クーポン付与日 年 月 日 ()	事業者名
	担当者名