

예방 및 건강 증진

담배류 소매 판매 허가 갱신 신청서

신규 판매 허가 - 시작 일자: ____/____/____
월 일 연도

기존 사업, 신규 소유자 - 유효일자: ____/____/____
*사업 소유자 변경 증빙 요구 월 일 연도

Office use only: (직원 기입용):

Facility # (시설 #): _____

사업 정보 (인쇄 또는 타이핑하여 입력)

사업명: _____

사업명을 변경하신 적이 있으십니까? 네 아니요 판매점 수: _____

비즈니스 이메일: _____ 사업장 전화번호: _____

비즈니스 웹사이트 주소: _____

영업일 및 운영시간: _____

주소 1: _____

주소 2: _____

시: _____ 주(State): _____ 집코드(Zip): _____

연 담배류 총 판매액: \$0-\$100,000 \$100,001-\$249,000 \$250,000-\$399,999 \$400,000-\$699,000
 \$700,000 이상

직원 수: 1-4 5-9 10-24 25-99 100-249 250+

사업 유형 (해당되는 사항에 모두 체크하시기 바랍니다.)

바/레스토랑 편의점 주유소 식료품점 주류 판매점 약국

담배 판매점 전자담배 판매점 기타: _____

판매하는 제품 (해당되는 사항에 모두 체크하시기 바랍니다.)

담배 작은 사이즈 시가 큰 사이즈 시가 무연담배 가루담배 블런트 랩 (Blunt Wraps)

전자담배/니코틴 함유 전자담배 물담배 (Hookah or Shisha) 기타 제품: _____

사업 운영자 정보

성명: _____ 미들네임: _____ 성: _____

기관명: _____ 비즈니스 전화번호: _____

주소 1: _____ 휴대폰 번호: _____

주소 2: _____

시: _____ 주(State): _____ 집코드(Zip): _____

이메일: _____ 선호하는 연락방법: _____

멀트노마 카운티가 소매업체 커뮤니티에 서비스를 제공할 수 있도록 다음 섹션을 완료하십시오.

선호하는 언어: 영어 한국어 중국어 러시아어 소말리아어 스페인어 베트남어
 기타: _____

인종 혹은 출신 지역이 어디입니까? 해당되는 사항에 모두 체크하시기 바랍니다.

아프리카인 라틴계/히스패닉 하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민 흑인/아프리카계 미국인

슬라비인 아시아인 중동인 미국 원주민 혹은 알래스카 원주민 백인 답변 거부

기타: _____

예방 및 건강 증진

신청인 사업 운영자와 동일

성명: _____ 미들네임: _____ 성: _____
 기관명: _____ 비즈니스 전화번호: _____
 주소 1: _____ 휴대폰 번호: _____
 주소 2: _____
 시: _____ 주(State): _____ 집코드(Zip): _____
 이메일: _____ 선호하는 연락방법: _____

청구서 발송지 사업 운영자와 동일

성명: _____ 미들네임: _____ 성: _____
 기관명: _____ 비즈니스 전화번호: _____
 주소 1: _____ 휴대폰 번호: _____
 주소 2: _____
 시: _____ 주(State): _____ 집코드(Zip): _____
 이메일: _____ 선호하는 연락방법: _____

확약

담배류 판매 허가를 신청하는 모든 사업자는 멀티노마 카운티 법령 제21.564에 의거하여 사업 운영자가 담배류 판매 허가를 신청하는 데 필요한 모든 법적 내용을 고지 받았다는 서약서를 서명 후 제출해야 합니다. 담배류 판매 혹은 교환 행위가 이루어지는 모든 판매점은 운영자가 서명한 서약서를 요구합니다. 사업 운영자는 담배류를 판매하는 직원 모두 판매 허가와 관련한 연방정부, 주 정부 및 관할 지역에서 요구하는 모든 법적 내용을 숙지하고 이를 이행하며, 이들을 교육할 책임이 있습니다. 연방정부, 주 정부 및 관할 지역 기관에서 요구하는 담배류 판매와 관련한 법률 교육 자료는 본 신청서와 함께 귀하에게 제공되었습니다.

저, (사업 운영자의 성명을 기재하십시오) _____ 는(은), 멀티노마 카운티 내 담배류 판매 허가와 관련하여 요구되는 모든 법적 사항을 고지 받았으며, 이에 대하여 담배류를 판매하는 직원 모두 교육 하겠습니다.

사업 운영자 서명

날짜

갱신 신청 및 \$683 라이선스 수수료

(신청서 진행을 위해 신청서 작성 및 수수료 지불이 요구됩니다)

우편 메일: \$683 의 체크 혹은 머니 오더를 동봉 후 본 신청서와 함께 다음 주소로 발송하시기 바랍니다.
 Tobacco Control and Prevention Program, ATTN: TRL, 847 NE 19th Ave, Ste 350, Portland OR 97232.

지불 가능한 수표: 멀티노머 카운티

*근무 시간: 월요일부터 금요일, 오전 8:00 - 오후 5:00. 주요 국경일에는 근무하지 않습니다.

질문 사항: 503-988-4163번으로 전화 주시거나 mhealthinspect.org를 방문하시기 바랍니다.