

クリーニング所開設届

年 月 日

奈良県中和保健所長 殿

住 所
(電話)

氏 名

(法人にあっては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名)

本籍

生年月日

クリーニング所を開設したいので、クリーニング業法第5条第1項の規定により届け出ます。

ク リ ー ニ ン グ 所	ふ り が な 名 称	
	所 在 地	電 話
	開設予定年月日	年 月 日
* 確 認		年 月 日 第 号

構造及び設備の概要							
管 理 人	ふりがな 氏名						
	本籍						
	生年月日						
	住所						
ク リ ー ニ ン グ 師	本籍	住所	氏名	生年月日	登 録 都道府県名	登 録 番 号	*確認
従 事 者 数	人 (うちクリーニング師数 人)						
営 業 形 態 (該当事項に○印を記入)	1 洗濯物の受取及び引渡しのみを行う。 (委託先：) 2 クリーニング業法第3条第3項第5号に規定する洗濯物を取り扱わない。						
* 実地調査意見 年 月 日 環境衛生監視員 氏名							

*印の欄は、記入しないでください。