

検査日時 :	_____
駐車場 :	有 ・ 無
連絡先 :	_____

様式第2号 (第2条関係)

## 無 店 舗 取 次 店 営 業 届

年 月 日

盛岡市保健所長 様

営業者

本 籍

住 所

氏 名

年 月 日生

(電話 - - )

〔 法人にあつては、その名称、  
所在地及び代表者の氏名 〕

クリーニング業法第5条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

無 店 舗 取 次 店	名 称	フリガナ _____		
	業務用車両 保管場所	_____		
	自動車登録番号 又は車両番号	営業区域	_____	
ク リ ー ニ ン グ 師 (従事者中にいる場合)	1	本籍	免 許	年 月 日登録
		住所	登録番号	第 号
		氏名	生年月日	年 月 日生
	2	本籍	免 許	年 月 日登録
		住所	登録番号	第 号
		氏名	生年月日	年 月 日生
業務用車両の構造及び設備の概要		別紙のとおり		
営業開始予定年月日	年 月 日	従事者数	人	
消毒を要する 洗濯物の取り扱い	取り扱いあり (品目 _____) ・ 取り扱いなし			

備考 他にクリーニング所を開設し、又は無店舗取次店を営んでいるときは、当該クリーニング所又は無店舗取次店ごとに次に掲げる事項を記載した書類を添付すること。

- (1) クリーニング所又は無店舗取次店の名称
- (2) クリーニング所の所在地又は無店舗取次店の業務用車両の保管場所及び自動車登録番号若しくは車両番号
- (3) 従事者数
- (4) 従事者中にクリーニング師がいる場合は、その氏名

(A4)