

検査日時： _____
駐車場： 有 ・ 無 _____
連絡先： _____

様式第1号（第3第1項関係）

年 月 日

盛岡市保健所長 様

住所

氏名

年 月 日生

法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

コインオペレーションクリーニング営業届

コインオペレーションクリーニング営業指導要綱第3第1項の規定により、次のとおり届けます。

- 1 営業施設の名称
- 2 営業施設の所在地
- 3 営業施設の構造設備の概要 別紙のとおり
- 4 営業者の連絡先
- 5 衛生管理責任者の住所、氏名及び連絡先
- 6 衛生管理責任者の常駐の有無
- 7 営業時間
- 8 営業開始年月日

備考1 営業施設の平面図を添付すること。

- 2 法人にあつては、定款又は寄付行為の写しを添付すること。