

年 月 日

コインラインドリー廃止届

広島市保健所長 宛

受付印

〒 —

届出者住所

(電話番号) (— — —)

届出者氏名

(法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名)

届出者は原則、営業者等（開設者、設置者等）です。営業者等が死亡、失踪、解散等により届出を行うことができない場合は、代理で届出を行う方が届出者となります。代理の方が届出を行う場合は次の欄も記入してください。

営業者等住所

営業者等氏名

(法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名)

営業者等との関係

次のとおり届け出ます。

施設の名称	
施設の所在地	〒 広島市 区
廃止年月日	年 月 日
廃止の理由	

◎ここから下には記入しないでください。

(受付)

(伺い)

台帳処理	特記事項
------	------

係	
---	--

係	係長	課長
---	----	----