年　　月　　日

コインランドリー開設届

広島市保健所長　宛

受付印	〒　　－ 開設者住所 （電話番号）（　　－　　－　　）　※押印は不要です。 開設者氏名 （法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名） ※ 法人の場合、電話番号は情報公開の対象です。

次のとおり届け出ます。

コインランドリーの名称	
コインランドリーの所在地	〒　　ビルの名称・階（　　） 広島市　　区
施設の電話番号	―　　― ※ 施設の電話番号は、情報公開の対象です。 個人の携帯電話番号等を併用している場合はご注意ください。
開設予定年月日	
衛生管理責任者	氏　名：　　住　所： 電話番号：　　施設管理：　□常駐　□近隣
有機溶剤管理者 ※ドライクリーニング洗濯機を設置の場合のみ	氏　名：　　住　所： 電話番号：

《添付書類》
- 施設の平面図及び施設付近の見取図
- ドライクリーニング用洗濯機を設置する場合は、洗濯機のカタログ
- 有機溶剤管理者を設置する場合は、資格要件を示す書類の写し
- 営業者が法人の場合は、登記事項証明書（写しでも可）

◎ここから下には記入しないでください。

特記事項	施設調査年月日　.　. □ 届出記載事項と相違ない。 □ 届出記載事項以外の基準に適合する。	監視員

台帳処理		（受付）係		（伺い）係	係長	課長
／	／			／		／

R04.04　A4　5年保存　コ