

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： <input type="checkbox"/> 常駐 <input type="checkbox"/> 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（内容確認後、返却します。）

◎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 _____ . _____ . _____ <input type="checkbox"/> 届出記載事項と相違ない。 <input type="checkbox"/> 届出記載事項以外の基準に適合する。	監視員
------	--	-----

(受付)

(伺い)

登記確認	台帳処理	係		係	係長	課長
/	/	/	/	/	/	/