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）