

ク リ ー ニ ン グ 所 開 設 届

広島市保健所長 宛

受付印 	〒 _____ 営 業 者 住 所 (電 話 番 号) (_____) ※押印は不要です。 営 業 者 氏 名 _____ (個人の場合のみ記入) 本籍： _____ 生年月日： _____ (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。

施設の名称	電話番号 _____ ※施設の電話番号は、情報公開の対象です。		
施設の所在地	〒 _____ ビルの名称・階 (_____) 広島市 _____ 区		
開設予定年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	構造設備の概要	別紙のとおり
営業の種類	<input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 仕上げ ※クリーニング師の設置が必要です。 <input type="checkbox"/> 取次ぎ ※クリーニング師の設置は任意です。		
クリーニング師 (設置する場合)	氏 名： _____ 生年月日： _____ . _____ 免許番号： _____ 住 所： _____ 本 籍： _____		
合計従事者数	_____ 人	指定洗濯物の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
管 理 人	※設置する場合、氏名、住所、生年月日、本籍を記入してください。		

《添付書類》

- (1) 施設の平面図及び施設付近の見取図
- (2) 営業者が他にクリーニング所を開設している場合は、その名称、所在地、従業者数及びクリーニング師の氏名を記載した書類
- (3) 営業者が他に無店舗取次店を営業している場合は、その名称、業務用車両の保管場所及び自動車登録番号若しくは車両番号、従事者数及びクリーニング師の氏名を記載した書類
- (4) クリーニング師を設置する場合は、クリーニング師の免許証の写し
- (5) 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 _____ . _____ . _____ <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	確認年月日 _____ . _____ . _____ 広島市指令ク確第 _____ 号
------	--	-----	---

(受付)

(伺い)

台帳処理	係	係	係長	課長	照合	公印
/	/	/	/	/	/	/