

コインオペレーションクリーニング営業施設廃止届出書

(宛先) 秋田市保健所長

住 所
営業者
氏 名

電 話

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

秋田市コインオペレーションクリーニング営業施設衛生措置等指導要綱第 3 条第 5 項の規定により、次のとおり届け出ます。

営業施設の名称	
営業施設の所在地	
廃止の理由	
廃止年月日	年 月 日
備 考	