

コインオペレーションクリーニング営業施設設置届

年 月 日

尼崎市保健所長 様

届出者 住所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

氏名（法人の場合は、名称及び代表者の氏名）

電話 （ ） -

尼崎市コインオペレーションクリーニング営業施設の衛生確保に関する要綱第7条第1号の規定により、次のとおり届け出ます。

施設	所在地	尼崎市	
	名称	電話:() -	
営業者 (記載済みの場合は省略可)	住所		
	氏名	電話:() -	
施工業者等 (記載済みの場合は省略可)	住所		
	氏名	電話:() -	
管理責任者	住所		
	氏名	電話:() -	
	常駐の有無	常駐 ・ 常駐無し	
ドライクリーニング用洗濯機	有※ ・ 無		
	※有の場合、有機溶剤管理責任者	(氏名)	電話:() -
		(住所)	

(添付書類)平面図及び付近の見取り図

(以下は記入しないこと)

実態調査・意見 調査日 年 月 日 意見 ☐ 尼崎市コインオペレーションクリーニング営施設の衛生確保に関する要綱第5条第1号、第2号、第3号に適する。						收受印	
受理します。 起 案 年 月 日 回議完了 年 月 日	課長	課長補佐	係長	係	回議	公文書の開示区分 ☐ 開示 ☐ 部分開示 ☐ 不開示 条例第7条 号該当 年 月 日まで	
施設コード							