

コインオペレーションクリーニング営業施設変更等届

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 様

届出者住所 _____

氏 名 _____

施設所在地 _____

名 称 _____

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2号の規定により、下記のとおり営業施設を（変更・廃止）しますので届出ます。

届出事項(該当番号に○を付け、内容を記入してください)	内 容
1 届出者の住所変更	旧住所：
2 届出者の氏名変更	旧氏名：
3 施設の名称変更	旧名称：
4 施設設備・構造の変更	下記に記載若しくは図面を添付してください
5 廃 止	廃止年月日： 令和 年 月 日
6 その他()	