

年 月 日

営業者住所（法人の場合は事務所の所在地）
 〒 ー

本籍（国籍）： _____ 都道府県 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

TEL

次のとおり、クリーニング所を開設したいので届け出ます。

名	公開している又は公開する予定の電話番号（注１） TEL _____					
所在地	〒 _____ ビル名 _____ 階 _____					
届出の区分	新設 引継ぎ 増改築					
営業の種類別	一般 取次 リネン 消毒					
管理人（注２）	住 所			生年月日		年 月 日生
	氏 名 TEL _____			本籍（国籍）		都道府県
開設予定年月日	年 月 日				収納	
クリーニング業法施行規則第1条に規定する洗濯物の取扱の有無			有 ・ 無		_____ 円 印	
はがき等送付先	施設 開設者 その他（ _____ ） 送付無					
◎届出部数 2部（正・写） ◎添付書類 2部（正・写） 1 構造設備等施設の概要（様式2－1） 2 従事者名簿（様式3） 3 他に開設しているクリーニング所・無店舗取次店の名簿（様式4） 4 法人の場合は登記事項証明書（注3） ◎持参書類（確認後、返却します） ・ 従事するクリーニング師全員の免許証 （取次店であって、従事者にクリーニング師がない場合は不要）					保健所受付印	
					連絡先電話番号	

注3 発行後、3ヶ月以内のもので、法人の現状が確認できるものがが必要です。

行政書士法等行政手続きに関する法律を遵守すること。

----- (以下 保健所記入欄) -----

上記開設届出書を受理し、別添「検査確認済の証」を作成します。

指令番号及び受理年月日				大保環第		号		年		月		日	
起案		決裁		完結				取扱責任者	文書主任				
決裁	所長	主幹	副主幹	係長	担当者	受付者							
								所長印 専用					
								通 簡所					