

施設番号		交付予定	／	受付入力	
------	--	------	---	------	--

開設届出書 (クリーニング所)

年 月 日

大阪市保健所長

営業者住所 (法人の場合は事務所の所在地)
〒 -

営業者氏名 (法人の場合は名称、代表者氏名)

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 称	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	事業譲渡	引継ぎ 増改築
営業の種別	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 (□手数料減免)
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
事業譲渡による申請の場合変更がない事項 (省略可)	持参書類	□従事するクリーニング師全員の免許証※ ※変更ない方の免許証、修了証書は不要	
	添付書類 (下記番号)	□1 □2 □3	
◎届出部数 2部 (正・写) ◎添付書類 2部 (正・写) (事業譲渡による申請の場合、1～3のうち変更がないものは省略できることがあります。)			保健所受付印
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) 5 営業譲受証明書 (事業譲渡の場合)			
◎持参書類 (原本確認後、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 譲り受けの前後で変更がない場合は省略可)			連絡先電話番号

注1 公開している又は公開する予定の電話番号は、インターネット、電話帳、看板等により広く知らせている電話番号をご記入ください。
 注2 営業者が管理人の場合は記入不要です。
 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必要です。
 注4 事業譲渡による申請の場合、変更がなければ、記載を省略できることがあります。
 行政書士法等行政手続に関する法律を順守すること。

(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。							
起案		決裁		大保環第 _____ 号		年 月 日	
決裁	所長	主幹	副主幹	係長	完結 担当者	取扱責任者	文書主任
					受付者		
所長印 専用							
通 簡所							