

施設番号

受付入力

無店舗取次店営業開始届出書

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、無店舗取次店を営業したいので届け出ます。

公開している又は公開する予定の電話番号（注1）

TEL

名 称

営 業 区 域

市内一円

届 出 の 区 分

新 設

引継ぎ

営 業 開 始
予 定 年 月 日

年 月 日

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

はがき等送付先

施設 開設者 その他（ ） 送付無

◎添付書類

- 1 業務用車両の構造の概要（様式2-2）
- 2 従事者名簿（様式3）
- 3 他に開設するクリーニング所又は営業する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2）

◎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
（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 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)

上記無店舗取次店営業開始届出書を受理します。

受理年月日		年 月 日				
起案		決裁		完結		
決裁	所長	主幹	副主幹	係長	担当者	受付者