

様式1

年 月 日

保健所長 殿

住 所

電話番号

氏 名

コインオペレーションクリーニング

営 業 施 設 開 設 届

コインオペレーションクリーニング営業施設を開設したいので、関係書類を添えて届出します。

名 称		整理番号	
所 在 地	電話番号		
開 設 予 定 日			
衛 生 管 理 責 任 者	氏 名	電 話	
	住 所	管理状況	

施設 の 概 要	延 面 積	m ²	他 の 用 途 と の 区 分		有・無
	床	洗濯機設置部分		そ の 他	
	腰 壁				
	採光・照明	採光窓面積	m ²	照 明	W
	換 気	換気扇 (φ cm . 台)			
	排 水			手 洗 設 備	有 ・ 無
	使 用 水			給 湯 設 備	有 ・ 無
洗 濯 機 等		メーカー・型式	処理容量(kg)	使用水(溶剤)	台 数
	水 洗 用 洗 濯 機				
	乾 燥 機			温 度 調 整 範 囲 ℃ ~ ℃	
そ の 他	消 毒 薬	名 称 () ヶ	消 毒 回 数		
	洗 濯 か ご	ヶ	ゴ ミ 容 器		
	清 掃 用 具 の 保 管 場 所				
	管 理 責 任 者 の 連 絡 先 の 掲 示		有 ・ 無		
	利 用 法 等 の 掲 示		有 ・ 無		

注 付近見取図、施設平面図を添付すること。