

様式 1

年 月 日

上北地域県民局長 殿

住所

氏名

印

年 月 日生

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			
開設予定日			
営 業 者	氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所	電 話	
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 <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup>	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。