

別記第3号様式

コインオペレーションクリーニング営業施設変更届

年 月 日

保健所長 様

開設者 住 所  
氏 名  
電 話

( 法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 )

秋田県コインオペレーションクリーニング営業施設衛生措置等指導要綱第3第4項の規定により、次のとおり届け出ます。

営業施設の名称		
営業施設の所在地		
届出内容	変更前	
	変更後	
変更年月日		年 月 日
備考		

(注) 構造設備を変更したときは、新旧双方の関係が判明する図面等を添付してください。