

別記第4号様式

コインオペレーションクリーニング営業施設廃止届

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	
廃止の理由	
廃止年月日	年 月 日
備考	