

無店舗取次店営業届出書

年 月 日

(宛先) 東大阪市保健所長

届出者 住 所

氏 名

都 道

本 籍

府 県

生年月日

年

月

日生

電話番号

届出者が法人の場合は、その名称、事務所所在地
及び代表者の氏名を記入すること。

クリーニング業法第5条第2項の規定により、次のとおり届出をします。

無 店 舗 取 次 店 の 名 称					
業務用車両の自動車登録番号 又 は 車 両 番 号					
車 両 の 保 管 場 所					
営 業 区 域		市内一円			
営 業 開 始 の 予 定 年 月 日		年 月 日			
従 事 者 数		名 (内クリーニング師数 名)			
ク リ ー ニ ン グ 師	氏 名	本 籍		都 道 府 県	生 年 月 日 年 月 日 生
	住 所				
	免許 都道府県 () 番号 () 登録年月日 ()				
他 の ク リ ー ニ ン グ 所 の 開 設 又 は 無 店 舗 取 次 店 の 営 業 の 有 無					有 ・ 無
指定洗たく物の取扱いの有無		有 (おしぼり・タオル・おむつ・パンツ・病院療養寝具類・その他 ()) 無			
業務用車両の構造の概要		別紙のとおり			

●添付書類 1 車検証の写し 2 他に開設しているクリーニング所・無店舗取次店の名簿

●持参書類 (原本確認後、返却いたします) 1 クリーニング師免許証【原本】(従事している者にクリーニング師がいる場合)

保 健 所 受 付