

# 無店舗取次店営業届出書

年 月 日

(あて先) 東大阪市保健所長

届出者 住 所

氏 名

本 籍

生年月日 年 月 日生

電話番号

(届出者が法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び電話番号並びに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、次のとおり無店舗取次店の営業の届出をします。

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					
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	ふりがな氏名	住 所	本 籍 (都道府県名)	生 年 月 日	免 許
					年 月 日 都道府県 第 号
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			
クリーニング業法施行規則第1条で指定された洗たく物(伝染性疾患及びこれに接した者の使用したもの又はおむつ、パンツ、手ぬぐい、タオルその他これらに類するもの)の取扱いの有無(該当番号を○印で囲むこと。)					1 取り扱う。 2 取り扱わない。

業務用車両の概要図
-----------

保健所受付
-------

(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  
(提示書類) 1 クリーニング師免許証 (従事している者にクリーニング師がいる場合)