

様式2

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

倉敷市保健所長 様

営業者

住 所 〔法人にあつては、 主たる事務所の所在地〕	
ふ り が な	
氏 名 〔法人にあつては、 名称及び代表者の氏名〕	
電 話 番 号	() -

※押印不要

次のとおり変更したので、倉敷市コインオペレーションクリーニング営業施設衛生指導業務要領第7. 2の規定により届け出ます。

営業施設	名 称	
	所 在 地	
変 更 事 項 (該当事項の□にチェック を入れること。)	<input type="checkbox"/> 営業者の住所・氏名 (法人にあつては、名称・代表者氏名・主たる事務所の所在地) <input type="checkbox"/> 営業施設の名称・連絡先電話番号 <input type="checkbox"/> 衛生管理責任者氏名・住所又は常駐・非常駐の別 <input type="checkbox"/> 有機溶剤管理責任者氏名・住所又は常駐・非常駐の別 <input type="checkbox"/> 構造設備 <input type="checkbox"/> 掲示事項	
変 更 前		
変 更 後		
変 更 年 月 日		年 月 日

(添付書類)

構造設備の変更の場合には、変更箇所を明らかにした図面