様式第３号（用紙Ａ４縦）

年　　月　　日

（あて先）浜松市保健所長

住所（法人の場合は、その所在地）

営業者

氏名（法人の場合は、その名称及び代表者氏名）

コインオペレーションクリーニング営業施設廃止届

コインオペレーションクリーニング営業施設を廃止したので、浜松市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６の２の規定により届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 営業施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 廃止年月日 | 　　年　　月　　日 |