様式第１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開設届

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（以下「要綱」という。）第６の１の規定により、届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 営業開始年月日 | 年　月　日 |
| 所在地 |  |
| 衛生管理責任者 | 氏名 | 連絡先：　　　　　　 |
| 所在 | 常駐　・非常駐（所在地：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 専業・兼業の別 | 専業・兼業（　　　　　） |
| 構造設備等 | 施設面積 | ㎡ |
| 床・腰壁の材質 |  | 流水式手洗設備 | 　　　　　台 |
| 動力換気 | 有・無 | 給湯設備 | 有・無 |
| 清掃具等保管庫 | 有・無 | 使用水 | 水道・井戸・その他 |
| 洗濯機（乾燥機能無） | 台 | 洗濯機（乾燥機能有） | 台 |
| 乾燥機 | 台 | その他洗濯機等 |  |
| 有機溶剤管理責任者 | 氏名 |  |
| 連絡先 | 電話（　　　　）　　　－　　　　 |
| ドライ設備 | ドライ機 | 台 | 気化剤回収装置 | 有・無 |
| ドライ使用溶剤 |  | 換気設備 | 全体・局所 |
| 洗剤保管庫 | 有・無 | 排水先の状況 |  |

○ 提出書類

　１　コインオペレーションクリーニング営業施設の平面図

　２　周辺の地図〔任意〕

　３　デジタル技術等を活用し、当該施設及び設備の管理業務を行うことができることが

わかる書類（要綱第４の１の（２）のただし書の規定の適用を受ける場合に限る。）