

# 無店舗取次店営業届出書

年 月 日

(宛先)  
枚方市保健所長

届出者（業者） 住 所

(フリガナ)

氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

電話番号

本 籍 (都道府県)

生年月日

年 月 日生

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		(フリガナ)					
業務用車両の自動車登録番号又は車両番号							
業務用車両の保管場所							
営業開始予定年月日		年 月 日					
営業区域							
業務用車両の構造の概要							
ク リ ー ニ ン グ 師	フリガナ 氏 名		住 所				
			生年月日	年 月 日	本 籍 (都道府県)		
			免 許 証	都道府県 ( ) 登録番号 ( ) 登録年月日 年 月 日			
ク リ ー ニ ン グ 師	フリガナ 氏 名		住 所				
			生年月日	年 月 日	本 籍 (都道府県)		
			免 許 証	都道府県 ( ) 登録番号 ( ) 登録年月日 年 月 日			
従 事 者 数	( ) 人 (内クリーニング師数 人)						
消毒洗濯物の取扱い	有・無	おしぼり・タオル・おむつ・パンツ・病院療養寝具類・その他 ( )					
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	詳細は別添のとおり					