

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					
営業の譲受け		<input type="checkbox"/> 該当		営業の譲受けについては別添のとおり 次の事項については変更がないため記載を省略 <input type="checkbox"/> 営業区域 <input type="checkbox"/> 業務用車両の構造の概要 <input type="checkbox"/> クリーニング師 <input type="checkbox"/> 従事者数 <input type="checkbox"/> 消毒洗濯物の取扱い			
		<input type="checkbox"/> 非該当					
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					※変更
		生年月日	年 月 日	本 籍 (都道府県)			有・無
		免許証	都道府県 () 登録番号 () 登録年月日 年 月 日				
	フリガナ 氏 名	住 所					※変更
		生年月日	年 月 日	本 籍 (都道府県)			有・無
		免 許	都道府県 () 登録番号 () 登録年月日 年 月 日				
※営業の譲受けに該当し、従事するクリーニング師の一部に変更がある場合に記入							
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	

