

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