別記第４号様式

コインオペレーションクリーニング営業施設廃止届

年　　月　　日

市立函館保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては，その名称，主たる

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務所の所在地及び代表者の氏名

　函館市コインオペレーションクリーニング営業施設衛生管理指導要綱第６第３項の規定により，次のとおり届け出ます。

記

１　施設の名称および所在地

２　廃止年月日

　　　　　　　年　　月　　日