

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

〔法人にあつては、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