別記第１号様式

コインオペレーションクリーニング営業施設開設届

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１項の規定により，次のとおり届け出ます。

記

１　営業施設の名称および所在地

２　衛生管理責任者の住所および氏名

３　有機溶剤管理責任者の住所および氏名

４　開設の予定年月日

　　　　　　年　　月　　日

５　構造設備の概要

　　別紙のとおり

６　附近見取図および営業施設平面図

　　別紙のとおり