

クリーニング所開設届出書

年 月 日

（宛先）

寝屋川市保健所長

届出者（営業者） 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（都道府県名）

生年月日 年 月 日生

（本籍、生年月日は届出者が個人の場合のみ）

クリーニング業法第5条第1項の規定により、次のとおりクリーニング所の開設の届出をします。

フリガナ			
名 称			
所 在 地	寝屋川市		
電 話 番 号		開設予定年月日	年 月 日
F A X		メールアドレス	
管 理 人	フリガナ		本 籍 （都道府県名）
	氏 名		生年月日 年 月 日生
	住 所		
従 事 者 数	（ ）人 （内クリーニング師数 ）人		
営 業 種 別	<input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> ランドリー <input type="checkbox"/> リネンサプライ <input type="checkbox"/> 仕上げ <input type="checkbox"/> 取次のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
消 毒 洗 濯 物 取 扱	有・無	<input type="checkbox"/> おしぼり <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 病院療養寝具類 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
洗濯物の処理 を行うクリー ニング所	名 称		
	所在地		

構造設備等	営業面積 () m ²		仕上げ品置場 棚 () 個・パイプ () 本			
	未洗濯物置場 () 個		ボイラー 卓上 () 台・据付 () 台			
	水洗洗濯機 () 台・脱水機 () 台・洗濯脱水機 () 台					
	プレス機 カフス () 台・胴 () 台・万能 () 台・袖 () 台・肩 () 台					
ドライ機	溶 剤 名	機械様式 (ホットタイプ、 コールドタイプ他)	能 力 (k g)	製造年	排 液 処 理 装 置 様 式 ※塩素系有機溶剤を使用す る場合のみ記入	排気回 収装置
1					<input type="checkbox"/> ばっ気型 <input type="checkbox"/> 活性炭 <input type="checkbox"/> ばっ気・活性炭併用 <input type="checkbox"/> その他 ()	有・無
2					<input type="checkbox"/> ばっ気型 <input type="checkbox"/> 活性炭 <input type="checkbox"/> ばっ気・活性炭併用 <input type="checkbox"/> その他 ()	有・無
3					<input type="checkbox"/> ばっ気型 <input type="checkbox"/> 活性炭 <input type="checkbox"/> ばっ気・活性炭併用 <input type="checkbox"/> その他 ()	有・無
ク リ ー ニ ン グ 師	フリガナ			本 籍		
	氏 名			(都 道 府 県 名)		
				生 年 月 日	年 月 日	生
	住 所					
	免 許	都道府県名 () 登録番号 () 登録年月日 年 月 日				
	フリガナ			本 籍		
	氏 名			(都 道 府 県 名)		
		生 年 月 日	年 月 日	生		
住 所						
免 許	都道府県名 () 登録番号 () 登録年月日 年 月 日					
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	

次頁へ続く

施設の平面図

付近の見取図