様式第２号（第４条関係）

**無店舗取次店営業届出書**

平成　　　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

（法人にあっては、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２項の規定により、次のとおり無店舗取次店の営業の届出をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | | | フリガナ | | | | |
|  | | | | |
| 営業区域 | | | □寝屋川市域　　　　□他（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 営業開始予定年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 業務用車両の自動車登録番号または車両番号 | | |  | | | | |
| 車両の保管場所 | | |  | | | | |
| 業務用車両の  構造の概要 | | |  | | | | |
| クリーニング師 | フリガナ |  | | | 本籍  (都道府県名) |  | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | |
| 住所 |  | | | 免許 | 都道府県名（　　　　）登録番号（　　　　）  登録日　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 従事者数 | | | （　　　　　　　　）人　　（内クリーニング師数　　　　　　　　　人） | | | | |
| 消毒洗濯物取扱 | | | 有・無 | □おしぼり　　　　□タオル　　 　　 □おむつ　　　　　□パンツ  □病院療養寝具類　□その他（　　　　） | | | |
| 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 |