

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	<input type="checkbox"/> 寝屋川市域 <input type="checkbox"/> 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)	年 月 日生
	氏 名		
	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	<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（ ）	
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	