

(表)

第1号様式(第3条関係)

年 月 日

(あて先) 八戸市保健所長

郵便番号

住 所

氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者氏名)

電話番号

コインオペレーションクリーニング  
営 業 施 設 開 設 届

コインオペレーションクリーニング営業施設を開設したいので、関係書類を添えて届け出ます。

記

名 称		整理番号	※
所 在 地		電話番号	
開設予定年月日	年 月 日		
営業者	氏 名	生年月日	
	住 所	電話番号	
衛生管理責任者	氏 名	電話番号	
	住 所	管理状況	

(裏)

施設概要	延面積		他の用途との区別	有・無	
	床	洗濯機設置部分		その他	
	腰壁				
	採光・照明	採光窓面積	m <sup>2</sup> 照明 W	本	
	換気	換気扇 ( cm 台)			
	排水		手洗設備	有・無	
	使用水		給湯設備	有・無	
洗濯機等		メーカー、型式	処理容量	使用水 (溶剤)	台数
	水洗用洗濯機		kg		
	乾燥機		kg	温度調節範囲 ℃～℃	
その他	消毒薬	名称 ( ) 個		消毒回数	
	洗濯カゴ		個	ゴミ容器	個
	清掃用具の保管場所				
	管理責任者の連絡先揭示		有・無		
	利用方法等の揭示		有・無		

添付書類 付近見取図、施設平面図を添付すること。

注 ※印欄は、記入しないこと。

用紙の大きさは、A4縦長とする。