

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 廃 止 届

下記のとおり廃止したので届け出ます。

記

名 称	
所 在 地	
廃 止 の 理 由	
廃 止 年 月 日	年 月 日
備 考	

添付書類 コインオペレーションクリーニング営業施設届出済証を添付すること。

注 用紙の大きさは、A4縦長とする。