

様式第1号(用紙 日本産業規格A4縦型)

コインオペレーションクリーニング営業施設開設届

年 月 日

静岡県 保健所長 様

住 所 〔法人にあつては、その
主たる事務所の所在地〕

営業者

氏 名 〔法人にあつては、その
名称及び代表者の氏名〕

静岡県コインオペレーションクリーニング営業施設衛生措置等指導要綱第6の1の規定により、届け出ます。

| | | | | | |
|-----------------------|-----------|----------------|---------------|-------|--|
| 施 設 名 | | 営業開始年月日 | | 年 月 日 | |
| 所 在 地 | | | | | |
| 衛 生 管 理 責 任 者 | 氏 名 | 電 話 | | | |
| | 連絡先 | (常駐・非常駐) | | | |
| 構 造 設 備 等 | 専業・兼業の別 | 専 業・兼 業() | | | |
| | 施 設 面 積 | m ² | | | |
| | 区 隔 | 有 ・ 無 | 床・腰壁の材質 | | |
| | 洗 濯 機 | 台 | 乾 燥 機 | 台 | |
| | 動 力 換 気 | 有 ・ 無 | 流 水 式 手 洗 設 備 | 有・無 | |
| | 給 湯 設 備 | 有 ・ 無 | 清 掃 具 等 保 管 庫 | 有・無 | |
| | 使 用 水 | 水道・井戸・その他 | 洗 剤 の 販 売 | 有・無 | |
| 有 機 溶 剤 管 理 責 任 者 | 氏 名 | | | | |
| | 連絡先 | 電 話 | | | |
| ド 設 | ド ラ イ 機 | 台 | 気 化 剤 回 収 装 置 | 有・無 | |
| ラ | ドライ使用溶剤 | | | | |
| イ 備 | 洗 剤 保 管 庫 | 有 ・ 無 | 排 水 先 の 状 況 | | |

| | |
|---------|--|
| (変更事項) | |
| 年. 月. 日 | |
| . | |
| . | |
| . | |
| . | |
| (平面図) | |
| (付近見取図) | |