（表）

様式第１号（第４条関係）

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

　　（宛先）静岡市保健所長

法人にあってはその

主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　所

法人にあってはその

名称及び代表者の氏名

　　　　　　　営業者　 　氏　名

　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、静岡市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４条第１項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　（　　　） | | | | | |
| 衛生管理責任者連絡先 | | | （常駐・非常駐） | | | | | |
| 専業・兼業の別 | | | 専　業　・　兼　業（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 施設面積 | | | ㎡ | | | | | |
| 区隔 | | 有　・　無 | | | 床・腰壁の材料 | |  | |
| 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・井戸水・その他 | | | 洗剤の販売 | | 有　・　無 | |
| 有機溶剤管理責任者氏名 | | | |  | | | | |
| 有機溶剤管理責任者連絡先 | | | | 電話　　（　　　） | | | | |
| ドライ設備 | ドライ機 | | 台 | | | 気化剤回収装置 | | 有　・　無 |
| ドライ使用溶剤 | |  | | | | | |
| 洗剤保管庫 | | 有　・　無 | | | 排水先の状況 | |  |

（裏）

|  |  |
| --- | --- |
| （変更事項） | |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| （平　面　図） | |
| （付近見取図） | |