

(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

住 所 ( 法人にあってはその  
主たる事務所の所在地 )

営業者 氏 名 ( 法人にあってはその  
名称及び代表者の氏名 )

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	m <sup>2</sup>		
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)	