

無店舗取次店営業届

年 月 日

堺市保健所長 殿

営業者 住所（所在地）

フリガナ

氏名（名称）

（代表者氏名）

電話番号

本籍（法人の場合は不要）

生年月日（法人の場合は不要）

クリーニング業法第5条第2項の規定により、次のとおり無店舗取次店の営業を届け出ます。

フリガナ 名称		営業開始 予定年月日	年 月 日		
業務用車両の自動車登録番号 又は車両番号					
車両の保管場所					
営業区域					
従事者数	人（内クリーニング師数 人）	指定洗濯物取扱の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
業務用車両の 構造の概要	未洗物置場 個	仕上品置場（棚 個・パイプ 個）			
ク リ ー ニ ン グ 師	氏名	住所	生年月日	本籍	免許
				() 都道府県	()都道府県 第 年 月 日登録 号
				() 都道府県	()都道府県 第 年 月 日登録 号
他に営業しているクリーニング所・無店舗取次店 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
業務用車両の構造図					

注意 営業者が法人である場合には、代表者の氏名を併せて記入してください。

[連絡先]担当者名：

電話番号：