

クリーニング所開設届出書

年 月 日

大阪府 保健所長 様
届出者 住 所

氏 名

(法人にあつては、
名称及び代表者の氏名)

クリーニング業法第5条第1項の規定により、次のとおりクリーニング所の開設の届出をします。

フリガナ名			
所在地			
電話番号	開設予定年月日	年	月 日
F A X	メールアドレス		
営業者から営業を譲り受けた場合の届出		<input type="checkbox"/> 該当する	
譲渡の対象となる営業に係るクリーニング所の構造設備の確認の年月日及び番号	確認年月日	年	月 日
	確認番号	第	号
該当する場合、変更がない事項	<input type="checkbox"/> 種別 <input type="checkbox"/> 消毒洗濯物取扱いの有無 <input type="checkbox"/> 構造設備		
	<input type="checkbox"/> 従事者数 <input type="checkbox"/> クリーニング師		
営業者 (届出者)	フリガナ氏名又は名称		
	本籍(国籍)	都道府県	生年月日 年 月 日
	住所		
管 理 人	フリガナ氏名		
	本籍(国籍)	都道府県	生年月日 年 月 日
	住所		
従事者数	()人(内クリーニング師数 ()人)		
種 別	<input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> ランドリー <input type="checkbox"/> リネンサプライ <input type="checkbox"/> 仕上げ <input type="checkbox"/> 取次ぎのみ <input type="checkbox"/> その他()		
消毒洗濯物の取扱いの有無	有・無	(品目) <input type="checkbox"/> おしぼり <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 病院診療寝具類 <input type="checkbox"/> その他()	
洗濯物の処理を行うクリーニング所	名 称		
	所 在 地		

構造設備	営業面積 () m ²	仕上品置場 棚 () 個		パイプ () 本	
	未洗濯物置場 () 個	ボイラー 卓上 () 台		据付 () 台	
	脱水機 () 台	水洗洗濯機 () 台		洗濯脱水機 () 台	
	プレス機	カウス () 台	胴 () 台	万能 () 台	
		袖 () 台	肩 () 台		
	ドライ機				
		・溶剤名 ・機能 (ホット・コールド・その他)	能力 (Kg)	製造年	排液処理装置の様式 ※テトラクロロエチレン その他の塩素系有機溶剤 を使用する場合のみ記入
					排気回収装置
				バッキ 活性炭 バッキ・活性炭併用 他 ()	有・無
				バッキ 活性炭 バッキ・活性炭併用 他 ()	有・無
			バッキ 活性炭 バッキ・活性炭併用 他 ()	有・無	
クリーニング師					
フリガナ氏名	住所				
	生年月日	年	月	日	
	本籍 (国籍)	都道府県			
フリガナ氏名	住所				
	生年月日	年	月	日	
	本籍 (国籍)	都道府県			
免 許 都道府県 () 番号 (第 号)					
登録年月日 年 月 日					
他のクリーニング所の開設又は無店舗取次店の営業の有無 (詳細については別添一覧のとおり)				有 ・ 無	

クリーニング所の平面図

付近の見取図