

第2号様式

コインオペレーションクリーニング営業施設変更届

年 月 日

高知市保健所長 様

(営業者)

住 所

氏 名

法人にあつては、その名称、主たる事

務所の所在地及び代表者の職・氏名

TEL () -

高知市コインオペレーションクリーニング営業施設衛生指導要綱第7条第2項の規定により届け出ます。

営業施設の名称

営業施設の所在地

変 更 事 項

変 更 前

変 更 後

変 更 年 月 日

年 月 日

注) 構造設備の変更の場合は、その説明図を添付すること。