

第3号様式

コインオペレーションクリーニング営業施設廃止届

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

廃止年月日 年 月 日

(添付書類) 確認証