コインオペレーションクリーニング営業施設廃止届

令和　　　年　　　月　　　日

北海道室蘭保健所長　　様

住　所

営業者

氏　名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名)

北海道コインオペレーションクリーニング営業施設衛生管理指導要網第６条第４項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

　１　営業施設の名称及び所在地

２　廃止年月日

 年　　　　　月　　　　　日