

年 月 日

保健所長 様

(営業者)

住 所

氏 名

(法人にあつては、所在地、名称及び代表者の氏名)

TEL () -

コインオペレーションクリーニング営業施設変更届

岐阜県コインオペレーションクリーニング営業施設の衛生措置等指導要綱第7の2
の規定により届け出ます。

1 施設の名称

2 施設の所在地

3 変更年月日

4 変更事項