

別記第4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

令和 年 月 日

市立函館保健所長 様

開設者 住所
氏名

〔 法人にあってはその名称，主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

函館市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綱
第6第3項の規定により，次のとおり届け出ます。

記

1 施設の名称および所在地

2 廃止年月日

令和 年 月 日

※添付書類：確認証