|  |
| --- |
|  |
| 年　　　月　　　日　　東京都北区保健所長　殿営業者　住所氏名電話　　（　　　　）　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、その所在地、名称及び代表者氏名）**コインオペレーションクリーニング営業施設変更届**下記のとおり変更したので、東京都北区コインオペレーションクリーニング営業施設の衛生指導要綱第８条の規定により届け出ます。記1. 営業施設の名称
2. 営業施設の所在地　　　北区　　　　　　　　　　　　　電話　　（　　　　）
3. 変更事項

　旧　新1. 変更年月日　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日
2. 変更理由

添付書類　　　　　　　構造設備の変更に係るものである場合は、その説明図 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 区政情報管理責任者 | 主　査 | 担　当 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 保 健 所 収 受 印 |
| ＩＤ　　　　 No. |  |  |  |
| 台帳処理済　　　　　　　年　　月　 日 |