|  |
| --- |
|  |
| 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 |