|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 廃止届  年　　月　　日  （宛先）川崎市保健所長  住　所  氏　名  年　　月　　日生  電　話 | | |
|  | | 法人にあっては、主たる事務所の  所在地、名称及び代表者の氏名 |
| 次のとおり廃止しましたので、届け出ます。 | | |
| 所在地  （無店舗取次店にあっては、営業区域） |  | |
| 名称 |  | |
| 営業の種類 | □クリーニング所（□一般　□リネンサプライ　□取次所）  □無店舗取次店 | |
| 廃止年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 廃止の理由 |  | |
| 注　添付書類　クリーニング所適合確認済書(無店舗取次店にあっては、無店舗取次店営業届出済書) | | |