|  |
| --- |
| 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) |