

様式第4号（第3第3項関係）

年 月 日

岩手県 保健所長 様

住所  
氏名

年 月 日生

法人にあつては、主たる事  
務所の所在地、名称及び代  
表者の氏名

コインオペレーションクリーニング営業廃止届

コインオペレーションクリーニング営業指導要綱第3第3項の規定により、次のとおり届けます。

- 1 営業施設の名称
- 2 廃止した理由
- 3 廃止年月日

備考 適合の証を添付すること。