

コインランドリー廃止届

年 月 日

神戸市保健所長 宛

届出者 住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、その名称及び代表者の氏名)

(電話 : -)

神戸市コインランドリー施設安全対策推進要綱第4条第3号の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

施 設	名 称	
	所 在 地	
営 業 者	氏 名	
	所 在 地	
廃止・死亡・解散の年月日 及び廃止・解散の理由又は 失効の年月日		年 月 日 (理由)