第４号様式（第３条関係）

コインオペレーションクリーニング営業施設廃止届

年　　月　　日

　　　いわき市保健所長　様

住所（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　届出者　氏名（名称及び代表者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 営業施設 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 確認年月日  及び確認番号 | | 年　　　月　　　日  第　　　　　　　号 |
| 廃止年月日 | | 年月日 |
| 廃止理由 | |  |