

ク リ ー ニ ン グ 所 廃 止 届

年 月 日

(あて先) 千葉県保健所長

営 業 者 住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
営 業 者 氏 名 (法人にあつては、その名称及び代表者の氏名)	(※)
(※) 記名押印又は本人(代表者)が署名してください。 ただし、押印又は署名以外の方法により本人(代表者)からの申請であることを確認できる場合は記名のみで可。	
連 絡 先 電 話 番 号 連絡先メールアドレス	@

ク リ ー ニ ン グ 所 を 廃 止 し た の で 、 ク リ ー ニ ン グ 業 法 第 5 条 第 3 項 の 規 定 に よ り 、 次 の と お り 届 け 出 ます 。

ク リ ー ニ ン グ 所	名 称	フリガナ		
	所 在 地	千葉県 区		
確 認 番 号	第 号	確 認 年 月 日	年 月 日	
廃 止 年 月 日	年 月 日			
廃 止 の 理 由				

添付書類	受 付 印
ク リ ー ニ ン グ 所 検 査 確 認 証	