

様式第2号(第3条関係)

クリーニング営業休業(再開)届

年 月 日

(宛先)さいたま市保健所長

開設者 住 所
氏 名 *

*本人(代表者)が手書きしない場合は記名押印してください。

〔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〕

電話番号

クリーニング所(無店舗取次店)を休業したい(再開した)ので、次のとおり届け出ます。

名 称	
クリーニング所の所在地(無店舗取次店にあつては業務用車両の保管場所)	
休業予定期間 (再開の場合は、その年月日)	年 月 日から 年 月 日まで
休業理由	