

様式第2号（第2条関係）

受付年月日	・ ・	係 員		決裁権者
起案年月日	・ ・			
決裁年月日	・ ・			

無店舗取次店営業届

年 月 日

福岡県 保健福祉(環境)事務所長 殿

本籍
住所
氏名
(法人にあつては、名称及び代表者氏名)
生年月日 年 月 日生
電話番号

次のとおり無店舗取次店を営業したいので、届け出ます。

無店舗取次店の名称		電 話 番 号	
業務用車両の保管場所		自動車登録 番号又は車 両番号	
管 理 人	本 籍		
	住 所		
	氏 名	生 年 月 日	年 月 日
営業開始予定年月日		年 月 日	
営 業 区 域			
従 事 者 数		人	
ク リ ー ニ ン グ 師	本 籍		業務用車両の構造の概要
	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日		
	登 録 番 号		
消毒を要する洗たく物		<input type="checkbox"/> 取り扱う <input type="checkbox"/> 取り扱わない	
洗たく物を処 理するクリー ニング所	名 称		
	所 在 地		

- 添付書類 ・ 法人にあつては定款又は寄附行為の写し
 ・ 他にクリーニング所を開設し、又は無店舗取次店を営んでいるときは、名称、所在地又は業務用車両の保管場所及び自動車登録番号、従事者数並びにクリーニング師の氏名を記載した書類
- 提示書類 ・ 業務用車両の自動車検査証、クリーニング師免許証