|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課　　長 | 係　　長 | 担 当 者 |
|  |  |  |  | 台帳処理済 |
|  |

**第３号の２様式（第３条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　太線の中だけ記入してください。**

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日  　中央区保健所長  営業者住所  氏　　　名  生年月日　　　　　　年　　月　　日  電 話　（　　　）  （法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）  **無店舗取次店廃止届**  　下記のとおり変更したので、クリーニング業法第５条第３項の規定により、届け出ます。  記  １　無店舗取次店の名称  ２　業務用車両の自動車登録番号又は車両番号  ３　業務用車両の保管場所  ４　廃止年月日　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日  ５　廃止理由  　（１）完全廃止　　（２）譲渡　（３）個人から法人  （４）法人から個人　（５）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 保　健　所　収　受　印 |
|  |