

担当者	台帳処理

別記第1号様式

太線の中だけ記入してください。

中央区保健所長	令和 年 月 日
住所	
営業者	
氏名	
電話 ()	
(法人の場合は、その所在地名称及び代表者氏名)	
コインシャワー営業施設開設届	
下記のとおり開設したので、中央区コインシャワー営業施設に係る衛生指導要綱第7条第1項の規定により届け出ます。	
記	
1 営業施設名称	_____
所在地	_____ 電話 () _____
2 衛生管理者氏名	_____
住所	_____ 電話 () _____
管理状況	常駐 ・ 非常駐 (施設までの所要時間 分) _____
3 開設年月日	令和 年 月 日
4 シャワーユニットの設置台数	_____ 台
5 構造設備の概要	別紙のとおり
6 付近見取図及びシャワーユニット等の配置図	別紙のとおり

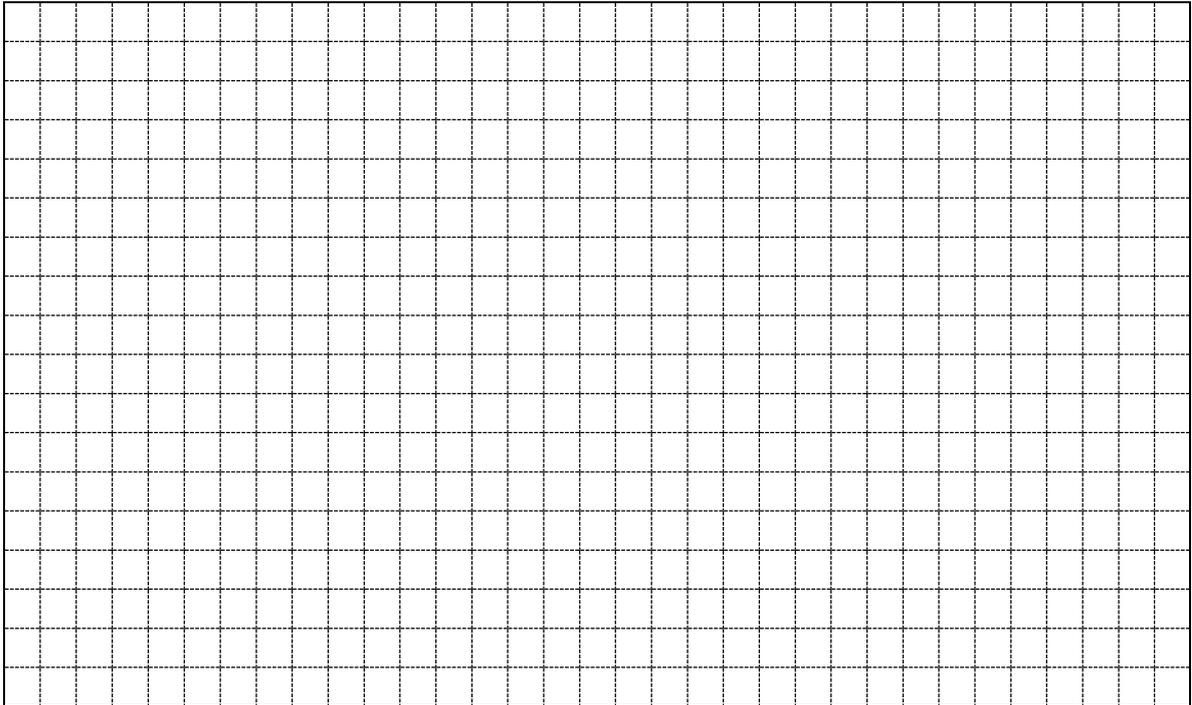
保 健 所 収 受 印

別 紙

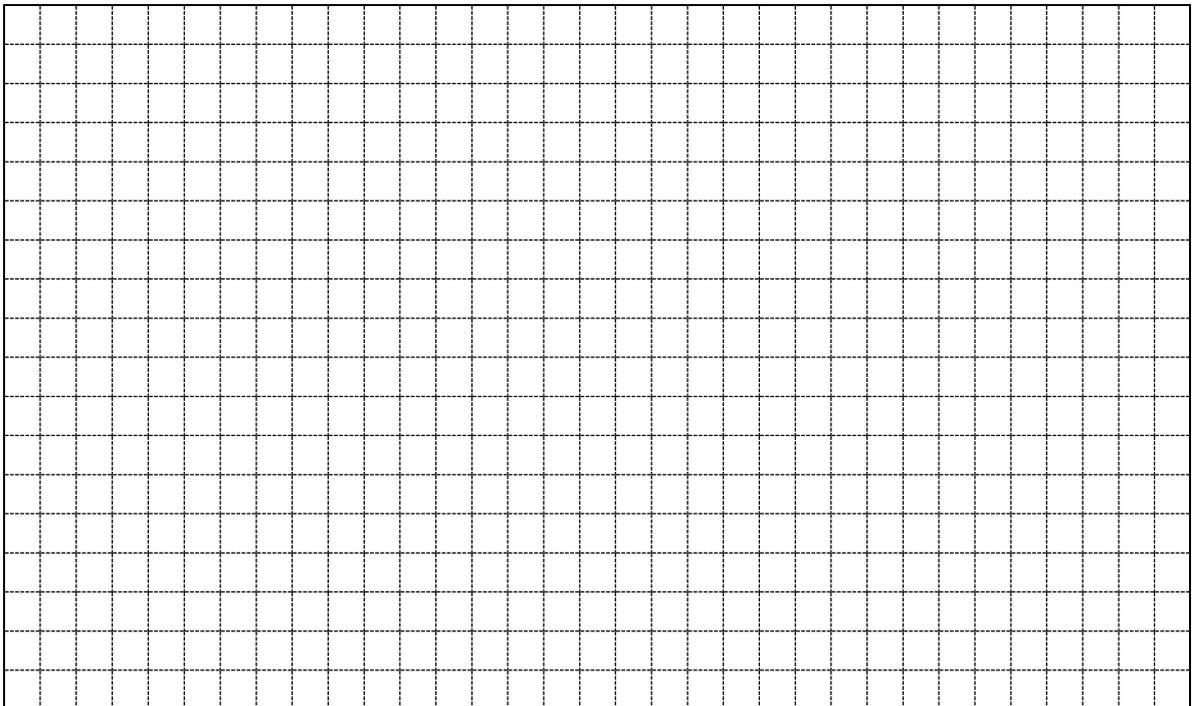
コインシャワー営業施設構造設備の概要

営 業 施 設 の 概 要	営業施設の面積		m ²	併設施設	有 () ・ 無		
	併設施設との区画		板、ガラス戸、壁、その他 () ・ 無				
	床 材	コンクリート、タイル、板、その他 ()					
	壁 材	コンクリート、タイル、板、その他 ()					
	照 明	蛍光灯	W	個	白熱灯	W	個
	換気設備	有 (換気扇…φ cm 台) ・ 無 ・ その他 ()					
	便 所	有 (大 個、小 個) ・ 無		ごみ容器	個	下足箱	有 ・ 無
シ ャ ワ ー ユ ニ ツ ト	ユニット数	台	ユニット 材 質	ステンレス、FRP、その他			
	使用水	水道水、井戸水 その他 ()	排 水	公共下水道、浄化槽 その他 ()			
	給湯設備	ガス、電気、石油 その他 ()	換気設備	有 (換気扇……φ cm 台) 無			
そ の 他	非常通報装置	ベル、ブザー、電話、インターホン、その他 ()					
	自動販売機	有 (台、種類) ・ 無					
	衛生管理責任者への連絡先の掲示			有 ・ 無			
備 考							
		使用中の表示装置	有	無			
		照明、換気設備の電源スイッチ	有	無			
		排水管等の臭気の発散を防止する装置	有	無			
		清掃用具、消毒薬品……かぎ付き保管庫	有	無			

(付近の見取図)



(コインシャワー等の配置図)



担当者	台帳処理

別記第2号様式

太線の中だけ記入してください。

中央区保健所長	令和 年 月 日
住所	
営業者	
氏名	
電話 ()	
(法人の場合は、その所在地名称及び代表者氏名)	
コインシャワー営業施設変更届	
下記のとおり変更したので、中央区コインシャワー営業施設に係る衛生指導要綱第7条第2項の規定により届け出ます。	
記	
1 営業施設名称	_____
所在地	_____
	電話 () _____
2 変更事項	
旧	
新	
3 変更年月日	令和 年 月 日
添付書類 構造設備変更の場合は、その説明図	

保健所收受印

担当者	台帳処理

別記第3号様式

太線の中だけ記入してください。

中央区保健所長	令和 年 月 日
住 所	
営業者	
氏 名	
電 話	()
(法人の場合は、その所在地名称及び代表者氏名)	
コインシャワー営業施設廃止届	
下記のとおり廃止したので、中央区コインシャワー営業施設に係る衛生指導要綱第7条第2項の規定により届け出ます。	
記	
1 営業施設名称	_____
所在地	_____
電 話	() _____
2 廃止年月日	令和 年 月 日
添付書類 構造設備変更の場合は、その説明図	

保 健 所 収 受 印