|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
|  |