

年 月 日

江東区保健所長 殿

営業者住所 _____

氏 名 _____

電話 () _____

(法人の場合は、その所在地、名称及び代表者氏名)

クリーニング所（従事者）変更届

下記のとおり、本施設（従事者）を変更したので、クリーニング業法の規定により届け出ます。

記

- 1 施設 の 名 称 _____
- 2 施設 の 所 在 地 江東区 _____ 電話 () _____
- 3 変 更 事 項 従事者次のとおり

氏 名 生 年 月 日	免 許		照合印	従業（雇用）年月日	伝 染 性 疾 病		備 考
	取得都 道府県	年 月 日 番 号		移動（退職）年月日	り 患 年 月 日	治 癒 年 月 日	
・ ・ 生		・ ・		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
・ ・ 生		・ ・		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
・ ・ 生		・ ・		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
・ ・ 生		・ ・		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
・ ・ 生		・ ・		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
・ ・ 生		・ ・		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
・ ・ 生		・ ・		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
・ ・ 生		・ ・		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
・ ・ 生		・ ・		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
・ ・ 生		・ ・		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		

添付書類

クリーニング師にあつては、それを証する書類