

様式第9号(第7条関係)

感 染 性 の 疾 病 り 患 届

年 月 日

三原市長 様

郵便番号  
営業者 住 所  
氏 名  
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地、  
名 称 及 び 代 表 者 の 氏 名〕

次のとおりクリーニング業務従事者の感染性の疾病について、クリーニング業法に基づく必要な措置に関する条例第2条第1項第14号の規定により関係書類を添えて、届け出ます。

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| 従 事 者                    | 氏 名  |  |
|                          | 住 所  |  |
| 従 事 す る<br>ク リ ー ニ ン グ 所 | 名 称  |  |
|                          | 所 在 地  |  |
| 疾 病 の 種 別                | <input type="checkbox"/> 結 核 <input type="checkbox"/> 感染性の皮膚疾患 |  |

添付書類 診断書

注 該当する事項の□にレ印を付けること。