

의료기관 세탁물처리업 ☐ 휴업 ☐ 재개업 신고서 ☐ 폐업				
대 표 자	성 명		생년월일	
	주 소	(전화번호:) (전자우편:)		
업소명칭				
업 소 소 재 지			전화번호	
			면 적	m ²
휴·폐업 사유				
휴 · 폐업 재개업 일자				
「의료기관세탁물 관리규칙」 제7조제5항에 따라 위와 같이 신고합니다. 년 월 일 신고인: (서명 또는 인) 시장·군수·구청장 귀하				

이 신고서는 아래와 같이 처리됩니다.

(뒷면)

