

クリーニング所自主点検表

施設所在地 _____

施設名称 _____

施設電話番号 _____

点検日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

点検者氏名 _____

以下の項目について、点検を行い、点検結果の欄に、**できている「 」、できていない「×」、該当しない場合には「 - 」**を記入してください。できていない「×」の場合は、改善方法を具体的に記載してください。

	点検項目	点検結果	改善方法
1	未洗濯で消毒を要するものは、その他の洗濯物と区分して取り扱われていますか。		
2	未洗濯で消毒を要するものは、洗濯をするまえに、適切に消毒していますか。		
3	未洗濯で消毒を要するものは、不浸透性材料を使用したふたのある容器に別に保管していますか。		
4	1人以上のクリーニング師を置いていますか。		
5	クリーニング師は、業務に従事後1年以内に知事が指定した研修を受けていますか。またその後3年を超えない期間ごとに、同様の研修を受けていますか。		
6	業務従事者の1/5の者は、開設後1年以内に知事が指定した講習を受けていますか。また、その後3年を超えない期間毎に、業務従事者の1/5の者は、同様の講習を受けていますか。		
7	結核、伝染するおそれのある皮膚疾患にかかっている者が業務に従事していませんか。		
8	仕上作業中は、常に清潔な作業服を着用し、手首から先は、作業前に石けん等で洗っていますか。		
9	【有機溶剤を使用している場合のみ】 有機溶剤を使用して洗濯した洗濯物の乾燥は、使用した有機溶剤の種類等に応じた適正な温度で十分に行っていますか。		
10	【石油系溶剤を使用している場合のみ】 石油系溶剤を使用して洗濯した洗濯物については、石油系溶剤残留判定器等を用いて乾燥状態の確認を行っていますか。		
11	クリーニング所開設検査確認証及びクリーニング師免許証を客の見やすい場所に掲示していますか。		
12	定められた保健所等への届出は、適切に行っていますか。 (例) ・レイアウトを変更した場合 変更届 ・お店をやめた場合 廃止届 ・構造設備が同一性を失っている場合 新規		

< 裏面もあります >

点検日時点の、資格者の状況について記載ください。

クリーニング師の氏名:

上記のとおり相違ないことを、証明します。

年 月 日

開設者の住所

開設者の氏名

(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

保健所使用欄(以下には記入しないでください)

課長	主幹	参事	主査	課員

指導事項等