

毎月1日は点検日

自主点検票(クリーニング所)

店舗名

所在地

営業者

点検実施者

※点検欄に○か×を、該当しない項目には横線(―)を記入してください。

点検項目	点検月日	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		日												
1	クリーニング所、業務用車両およびプレス機等の機器、集配容器等は常に清潔に保っていますか。また、洗濯物と未洗濯物は区別して運搬・保管をしていますか。													
2	作業場は適当な明るさで、十分換気をおこなっていますか。													
3	消毒が必要な洗濯物は、専用の容器に入れて区別し、洗濯前に正しく消毒していますか。													
4	洗剤、有機溶剤、しみ抜き薬剤、消毒剤等は専用の保管庫または戸棚等に保管していますか。													
5	廃液処理装置・溶剤蒸気回収装置等は、適正に維持管理していますか。													
6	水洗の場合、洗剤、漂白剤等の薬剤は適正に使用していますか。													
7	ドライクリーニング処理に使用する有機溶剤は汚れていませんか。また、洗剤濃度・処理時間・温度等は適正に調整していますか。													
8	洗濯機、脱水機、プレス機等の保守点検、整備は適切にしていますか。													
9	洗濯物の処理に使用した洗剤、有機溶剤等は仕上げの終わった洗濯物に残留していませんか。													
10	お客様に対して、洗濯物の受取・引渡し時に、あらかじめ洗濯物の処理方法等を説明するよう努めていますか。													
11	お客様に対して、店頭で苦情の申し出先を掲示していますか。													
12	営業者は、常に従事者の健康管理に注意していますか。													
13	お客様から衛生面での苦情はありましたか。あった場合は適切に対応できていますか。													
14	クリーニング師は、業務従事後1年以内に、その後3年ごとに研修を受けていますか。また、営業者は、従事者の5分の1に対し3年ごとに講習を受けさせていますか。													

点検項目: 滋賀県生活衛生課・大津市保健所衛生課監修