

理容所開設検査確認済証再交付申請書

年 月 日

長崎市保健所長 様

開設者 住 所

氏 名

〔 法人にあつては、その名称、事務所
の所在地及び代表者の氏名 〕

次のとおり理容所開設検査確認済証を〔 亡 失 〕
〔 毀 損 〕 しましたので、長崎市理容師法施行細則第5条
の規定により再交付くださるよう申請します。

理 容 所 の 所 在 地	長崎市
理 容 所 の 名 称	
〔 亡 失 〕 〔 毀 損 〕 の理由	

備考 毀損の場合は、理容所開設検査確認済証を添付してください。

決 裁 日	
連 絡 日	
台帳記載日	

受 付 欄