

様式第5号（第4条関係）

年 月 日

保健所長 様

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、その名称及び代表者の氏名）

理容所検査確認済証再交付申請書

確認済証を失った（破損した）ので、理容師法施行細則第4条第2項の規定により再交付の申請をします。

記

- 1 理容所の名称
- 2 理容所の所在地
- 3 確認済証の番号及び年月日
- 4 確認済証を失った（破損した）理由

添付書類 確認済証を破損した場合は、破損した確認済証

注 不要の文字は、抹消すること。