

理容所確認証再交付申請書

年 月 日

市立函館保健所長 様

住 所

(ふりがな)

届出者 氏 名

電 話

局

番

次の事由により、確認証の再交付をお願いします。

記

1 施設所在地

2 施設の名称

3 現に受けている  
確認証の番号およびその年月日

号

年

月

日

4 再交付の理由

破損 ・ 汚損 ・ 亡失

- 注 1 4の再交付の理由は、該当するものを○で囲むこと。  
2 再交付の理由が、破損または汚損の場合にあっては、その営業許可証を添付すること。