

(様式 1)

令和 年 月 日

保健所長 様

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあっては、その名称及び代表者の氏名)

**移動理・美容所営業予定地 (変更) 届**

このことについて、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 理・美容所名称
- 2 検査確認年月日及び番号
- 3 車両登録番号
- 4 営業予定日時及び場所

月 日	時 間	場 所 (市町村及び会場名)

- 5 連絡先 (携帯電話番号等)