

記載例

様式第 24 号(第 27 条関係)

提出年月日を記入する。

令和 ○○年 △月 □日

島根県県央保健所長 様

施設の所在地を管轄する保健所に提出すること

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

島根県○○市○○町○○ △△-△

氏名（法人にあつては、その名称及び代表者の氏名）

法人の場合は、会社の住所、名称
及び代表者氏名を記入する。

島根 太郎

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 27 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

○○理容所

2 理容所の所在地

島根県△△市△△町△△ □□-□

検査確認済証を紛失し分からない場合は、管轄保健所へ確認をしてください。

3 確認済証の番号及び年月日

○保第×××× 昭和○○年 ○月 ○日

4 確認済証を失った(破損した)理由

(例) 紛失したため

理由を簡潔に記載する。

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。