様式第24号(第27条関係)

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） |
|  |

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

　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。