

第2号様式

理容所検査確認済証再交付申請書

年 月 日

相模原市保健所長 あて

住 所

氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

電話番号 ()

次のとおり申請します。

施 設 所 在 地	
施 設 名 称	
確 認 年 月 日 及 び 確 認 済 証 番 号	年 月 日 第 号
再交付を必要とする理由	亡失 ・ 毀損

添付書類

理容所検査確認済証を毀損したときは、毀損した当該確認済証