

(用紙 日本工業規格A4縦長型)

確認済証再交付申請書

年 月 日

神奈川県 保健所長殿

住 所

氏 名

(法人にあつては、所在地、名称及び代表者の氏名)

電話番号

確認済証の再交付を理容師法施行細則第2条第4項の規定により申請します。

1 理容所の名 称

所 在 地

開設年月日

2 確認済証番号

3 確認済証交付年月日