第3号様式(第4条関係)

理容所検査確認済証再交付申請書

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　(宛先)茅ヶ崎市保健所長住所又は所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名(法人にあっては、名称及び代表者氏名)　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検査確認済証の再交付について、次のとおり申請します。 |
| 理容所の名称 | 　 |
| 理容所の所在地 | 　 |
| 理容所の電話番号 | 　 |
| 検査確認済証 | 番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 交付年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 亡失、汚損又は毀損の年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 再交付を申請する理由 | 　 |

備考　　検査確認済証を汚損し、又は毀損した場合には、当該検査確認済証を添付してください。