

理容所開設検査確認済証再交付申出書

年 月 日

（宛先）静岡市保健所長

住所 〔法人にあつては、その  
主たる事務所の所在地〕

申出者 氏名 〔法人にあつては、その  
名称及び代表者の氏名〕

電話 ( )

理容所開設検査確認済証を亡失（損傷）したので、静岡市理容師法施行細則第3条第2項の規定により再交付を申し出ます。

理容所	名称	
	所在地	静岡市 区 電話 ( )
開設検査 確認済証	番号	第 号
	年月日	年 月 日
亡失又は損傷年月日		年 月 日
亡失又は損傷の理由		
備考		