

美容所廃止届

RO 年 O 月 O 日

(あて先) 千葉市保健所長

開設者住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)	千葉市〇〇区〇〇町〇番〇号
開設者氏名 (法人にあっては、その名称及び代表者の氏名)	千葉 ちはな® (※)
(※) 記名押印又は本人(代表者)が署名してください。 ただし、押印又は署名以外の方法により本人(代表者)からの申請であることを確認できる場合は記名のみで可。	
連絡先電話番号	0 4 3 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
連絡先メールアドレス	@

美容所を廃止したので、美容師法第 1 1 条第 2 項の規定により、次のとおり届け出ます。

美容所	名称	フリガナ ヘアサロン ちはな		
	所在地	千葉市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇ビル 2 0 1		
確認番号		第 〇 - 〇〇 号	確認年月日	RO 年 O 月 O 日
廃止年月日		RO 年 O 月 O 日		
廃止の理由		高齢のため		

添付書類

美容所検査確認証

添付してください

確認証は紛失しました。見つかり次第返却します。

確認証を紛失した場合
記入してください

受 付 印