様式第３号

理容所廃止届

**R〇**年　〇月　〇日

（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  連絡先メールアドレス | ０４３－〇〇〇―〇〇〇〇  ＠ |

　理容所を廃止したので、理容師法第１１条第２項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 理容所 | 名称 | フリガナ**バーバーチハナ** | | | |
| **Barbar　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２０１** | | | |
| 確認番号 | | 第**〇―〇〇**号 | 確認年月日 | **R〇**年〇月**〇**日 | |
| 廃止年月日 | | **R〇**年　**〇**月　**〇**日 | | | |
| 廃止の理由 | | **高齢のため** | | | |
| 添付書類  添付してください  理容所検査確認証  **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は記入してください | | | | | 受付印 |
|  |