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 |
|  |