様式第８号

理容所検査確認証（紛失・き損・汚損）届

　　年　　月　　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） |  |
| 開設者氏名  （法人にあっては、その名称及び代表者の氏名） | （※） |
| （※）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 | ＠ |

理容所検査確認証を（紛失・き損・汚損）したので、千葉市理容師法施行細則第６条第１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 | | | |
|  | | | |
| 所在地 | 千葉市　　　区  　　　　　　　　　　　　　（電話） | | | |
| 確認番号 | | 第　　　号 | 確認年月日 | 年　　月　　日 | |
| 添付書類  理容所検査確認証をき損し、又は汚損したときは、当該理容所検査確認証 | | | | | 受付印 |
|  |