

様式第7号（第3条関係）

| | | | |
|-------------------|------------|--|----------|
| 理容所検査確認済証再交付申請書 | | 年 月 日 | 受 付 欄 |
| (あて先) 滋賀県 保健所長 | | 理容所検査確認済証の再交付を受けたいので、滋賀県理容師法施行細則第3条第3項の規定により、次のとおり申請します。 | |
| 開設者 | ふりがな 氏名 | | |
| | 住所 | 〒 | 電話 () - |
| ふりがな 理容所の名称 | | | |
| 理容所の所在地 | | 〒 | 電話 () - |
| 検査確認年月日 および番号 | | 年 月 日 | 第 号 |
| 再交付申請の理由 | | | |

- 注1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。
- 2 開設者が法人であるときは、その名称、代表者の氏名および主たる事務所の所在地を記載すること。
- 3 添付書類 検査確認済証を破り、または汚した場合は、その検査確認済証