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（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。 | 受　付　欄 |
|  |
|  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