

クリーニング師免許証訂正申請書

年 月 日

(宛先)
滋賀県知事

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 性別 (_____)

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

クリーニング師免許証の記載事項に変更を生じたので、クリーニング業法施行規則第8条の規定により次のとおり免許証の訂正交付を申請します。

登 録 番 号	第 号	
登 録 年 月 日	年 月 日	
本 籍 地	変 更 前	都 道 府 県
	変 更 後	都 道 府 県
氏 名	変 更 前	
	変 更 後	
旧 姓・ 通 称 名 (併記を 希 望 す る 場 合)	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 年 月 日	年 月 日	

申請者連絡先電話番号	備考欄（ <u>手数料をコンビニ決済でお支払いされた場合は、申請用番号を記入</u> ）
() —	

※受付機関使用欄

受付担当者氏名
保健所

※受付機関使用欄（本様式記載の個人番号の確認、および顔写真等による身元の確認）

□本人が持参の場合・郵送の場合

個人番号の確認		身元の確認※確認書類を丸囲み
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し・住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 1種類：・個人番号カード・運転免許証・運転経歴証明書・旅券・身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳・在留カード・特別永住者証明書 ・その他 () <input type="checkbox"/> 2種類：・健康保険資格確認書・年金手帳・住民票の写し・児童扶養手当証書・住民票記載事項証明書・特別児童扶養手当証書・介護保険の被保険者証・健康保険日雇特例被保険者手帳・印鑑登録証明書 ・その他 ()
本人確認 年月日	年 月 日	

□代理人が持参の場合

申請者の個人番号の確認		代理人の身元の確認※確認書類を丸囲み
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し・住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 1種類：・個人番号カード・運転免許証・運転経歴証明書・旅券・身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳・在留カード・特別永住者証明書・登記事項証明書（法人の場合） ・その他 () <input type="checkbox"/> 2種類：・健康保険資格確認書・年金手帳・住民票の写し・児童扶養手当証書・住民票記載事項証明書・特別児童扶養手当証書・介護保険の被保険者証・健康保険日雇特例被保険者手帳・印鑑登録証明書 ・その他 ()
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()	
本人確認 年月日	年 月 日	