

確認済の証再交付申請書

令和 ●●年 ●●月 ●●日

申請する日付

堺市保健所長 殿

開設者 住 所 堺市堺区南瓦町3番1号

営業者が個人の場合、その住所、氏名  
法人の場合、その主たる所在地、名称、代表者氏名

氏<sup>フリガナ</sup>名<sup>サカイ</sup> 堺<sup>タロウ</sup> 太郎

電話番号 072-222-▲▲▲▲

堺市美容師法施行細則第8条の規定により、次のとおり確認済の証の再交付を申請します。

|          |                        |
|----------|------------------------|
| 1 施設の名称  | 美容 Sakaishi            |
| 2 施設の所在地 | 堺市堺区南瓦町●番●号<br>サカイビル●階 |
| 3 再交付の理由 | 紛失の為                   |

注意 開設者が法人である場合には、住所に主たる事務所の所在地、氏名に名称及び代表者の氏名を記入してください。