

確認済の証書換え交付申請書

堺市保健所長 殿

令和 ●●年 ●●月 ●●日

申請する日

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^{フリガナ}名^ナ 堺^{サカイ} 太郎^{タロウ}

電話番号 072-222-▲▲▲▲

堺市理容師法施行細則第7条の規定により、次のとおり確認済の証の書換え交付を申請します。

名称	理容 New Sakaishi	所在地	堺市堺区南瓦町●番●号 サカイビル●階
変更事項	変更前	変更後	
理容所の 名称	理容 Sakaishi	理容 New Sakaishi	
変更年月日	令和 ●●年 ●●月 ●●日		

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。