

確認済の証再交付申請書

年 月 日

堺市保健所長 殿

開設者 住所（所在地） ●●府●●市●●区●●町●番●号

フリガナ サカイ タロウ

氏名（名称） 堺 太郎

（代表者氏名）

電話番号 ○○○-●●●-▲▲▲▲

堺市美容師法施行細則第8条第1項の規定により、次のとおり確認済の証の再交付を申請します。

名称	美容 Sakaishi
所在地	堺市●●区●●町●番●号 サカイビル●階
再交付の理由	紛失のため
備考	

注意 開設者が法人である場合には、代表者の氏名を併せて記入してください。

[連絡先]担当者名：大阪 花子

電話番号：□□□-▲▲▲▲-○○○○