様式第８号（第７条関係）

確認済の証書換え交付申請書

年　　　　月　　　　日

堺市保健所長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 開設者 | | 住所（所在地） | |  | |
|  |  | | フリガナ | |  | |
|  | |  | | 氏名（名称） | |  |
|  | |  | | （代表者氏名） | |  |
|  | |  | | 電話番号 | |  |

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 |  | |
| 所在地 |  | |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 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：

電話番号：