

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） ●●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 〇〇〇-●●●-▲▲▲▲

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●●区●●町●番●号 サカイビル●階	
変更事項	変更前	変更後
施設名称	理容 Sakaishi	理容 New Sakaishi
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：大阪 花子

電話番号：□□□-▲▲▲▲-〇〇〇〇