様式第９号（第８条関係）

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） |  |
|  |  | 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 |  |
| 所在地 |  |
| 再交付の理由 |  |
| 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：