

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：