

第4号様式

年 月 日

那覇市保健所長 宛

申請者 住 所  
フリガナ  
氏 名  
電話番号

〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地、  
名称、代表者の氏名及び電話番号 〕

美容所開設検査確認済証再交付申請書

那覇市美容師法施行細則第4条第5項の規定により、次のとおり再交付を申請します。

|          |                        |                                                                                                                           |   |   |
|----------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 美容所      | 名 称                    |                                                                                                                           |   |   |
|          | 所在地                    |                                                                                                                           |   |   |
|          | 検査確認済証番号及び<br>検査確認済年月日 | 第                                                                                                                         | 号 |   |
| 再交付申請の理由 |                        | 年                                                                                                                         | 月 | 日 |
|          |                        | <div><div><input type="checkbox"/>破損<br/><input type="checkbox"/>汚損<br/><input type="checkbox"/>亡失</div><div></div></div> |   |   |

(添付書類)

破損又は汚損の場合は、当該検査確認済証