

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 〕

理容所開設検査確認済証再交付申請書

那覇市理容師法施行細則第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。

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

(添付書類)

破損又は汚損の場合は、当該検査確認済証