

(用紙 日本工業規格 A 4 縦長型)

確認済証再交付申請書

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長殿

住 所

氏 名

電話番号

確認済証の再交付を理容師法施行細則第 2 条第 4 項の規定により申請します。

1 理容所の名称

所 在 地

開設年月日

2 確認済証番号

3 確認済証交付年月日