様式第９号（第６条第９号関係）

|  |
| --- |
| 理容所開設検査確認済証再交付願年　　月　　日 佐世保市保健所長　　　様開設者　住所TEL氏名 |
| 　 | 法人にあってはその名称、所在地及び代表者の氏名 |
| 　次のとおり理容所開設検査確認済証を紛失（毀損）しましたので、再交付してください。 |
| 理容所の名称 |  |
| 理容所の所在地 | 佐世保市　　　TEL |
| 確認番号 |  |
| 添付書類１　紛失の場合は、理容所開設検査確認済証紛失届２　毀損の場合は、理容所開設検査確認済証 |