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 | | |