

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

T E L

氏 名

〔法人にあつてはその名称、
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