



確認済証再交付申請書

年 月 日

神奈川県厚木保健福祉事務所長 殿

住 所

氏 名

電話番号

〔法人にあつては、所在地、
名称及び代表者の氏名〕

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

年 月 日

2 確認済証番号

大保・大保福・厚保大 第 号

3 確認済証交付年月日

年 月 日