

出張理容・出張美容業務届出済証再交付願

年 月 日

(あて先) 千葉市保健所長

営業者住所

(連絡先電話番号)

(連絡先メールアドレス) @

営業者氏名 (※)

法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名  
 (※) 記名押印又は本人(代表者)が署名してください。  
 ただし、押印又は署名以外の方法により本人(代表者)からの申請であることを確認できる場合は記名のみで可。

次のとおり、千葉市出張理容・出張美容に関する衛生管理要綱第4条第3項の規定により出張理容・出張美容業務届出済証の再交付を願い出ます。

出張理容・出張美容業務 届出年月日	年 月 日
届出済証番号	第 号
再交付の理由 (該当箇所に○)	( ) 亡失又は汚損 ( ) その他 ( )

注 汚損等で届出済証がある場合は、返却すること。