

様式第9号(第7条関係)

年 月 日

福井保健所長 様

住 所

氏 名

〔法人にあつては、その主たる事務所〕  
〔の所在地、名称および代表者の氏名〕

美容所検査確認済の証再交付申請書

美容所検査確認済の証を毀損した(失った)ので、美容師法施行規則第6条第3項の規定により再交付を申請します。

- 1 美容所の名称および所在地
- 2 美容所検査確認済の証の年月日および番号
- 3 毀損した(失った)理由およびその年月日

備考

毀損の場合には、毀損した美容所検査確認済の証を添付すること。