

確認済証再交付申込書

年 月 日

豊中市長

住所

開設者

〔法人にあっては、主たる事務所の所在地、
その名称及び代表者の氏名〕

フリガナ

氏名

電話

豊中市美容師法施行細則第6条第1項の規定により、次のとおり確認済証の再交付を申込みます。

施設情報	
フリガナ	
美容所名称	
美容所所在地	
美容所電話番号	
確認年月日・確認番号	年 月 日 第 号
再交付情報	
再交付の理由	

※ 紛失の場合は「亡失申立書」を、汚損の場合は汚損した確認済証原本を添付してください。

受付

この届出に係る担当・連絡先	
担当者名	
担当者連絡先	

記入例

確認済証再交付申込書

〇〇〇〇年 〇月 〇〇日

豊中市長

住所 大阪府豊中市中桜塚3-1-1

開設者 豊中ワニビル1階

フリガナ カブシキガイシャワニワニ

氏名 株式会社わにわに

代表取締役 豊中一郎

電話 06-6858-2525

豊中市美容師法施行細則第6条第1項の規定により、次のとおり確認済証の再交付を申込みます。

施設情報	
フリガナ	ヘアサロン トヨナカワニ
美容所名称	ヘアサロン とよなかわに
美容所所在地	豊中市中桜塚4-11-1
美容所電話番号	06-6152-7321
確認年月日・確認番号	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 第 1234567 号
再交付情報	
再交付の理由	確認済証を紛失したため

※ 紛失の場合は「亡失申立書」を、汚損の場合は汚損した確認済証原本を添付してください。

受付

保健所使用欄

この届出に係る担当・連絡先	
担当者名	待兼 元気
担当者連絡先	06-0000-0000