|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 出張業務承認申請書  年　　月　　日  （宛先）川崎市保健所長  住　所  氏　名  年　　月　　日生  電　話 | | | |
|  | | | 法人にあっては、主たる事務所の  所在地、名称及び代表者の氏名 |
| 次のとおり出張業務をしたいので、川崎市美容師法施行細則第5条第1項の規定により申請します。 | | | |
| 1　免許登録年月日 |  | | |
| 2　免許登録番号 |  | | |
| 3　本籍地 | |  | |
| 4　出張業務先 |  | | |
| 5　出張業務期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで（　　日間） | | |
| 6　出張業務を必要とする理由 |  | | |