|  |
| --- |
| 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 |  |