|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 美容所適合確認済書再交付申請書  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 |
| 美容所適合確認済書の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。 | | |
| 所在地 |  | |
| 名称 |  | |
| 確認年月日・番号 | 年　　月　　日　　川崎市指令　　　第　　　　号 | |
| 理由 | | |
| 注　添付書類　美容所適合確認済書を破損し、又は汚損したときは、その美容所適合確認済書 | | |