|  |
| --- |
| 理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 |
| 理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　理容所適合確認済書を破損し、又は汚損したときは、その理容所適合確認済書 |