様式第9号(第7条関係)

年　　月　　日

　福井保健所長　　　　様

住所

氏名

|  |  |
| --- | --- |
|  | 法人にあつては、その主たる事務所の所在地、名称および代表者の氏名 |

美容所検査確認済の証再交付申請書

　美容所検査確認済の証を毀損した(失つた)ので、美容師法施行規則第6条第3項の規定により再交付を申請します。

1　美容所の名称および所在地

2　美容所検査確認済の証の年月日および番号

3　毀損した(失つた)理由およびその年月日

備考

　毀損の場合には、毀損した美容所検査確認済の証を添付すること。