

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

福井保健所長 様

住 所
氏 名
電話番号
理容所名
理容所所在地

理容師出張営業承認申請書

次のとおり出張営業をしたいので、承認して下さるようお願いいたします。

- 1 出張営業地
- 2 出張営業の期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間
- 3 業を行う対象別の概数
- 4 出張営業を必要とする理由