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、承認してくださるようお願いします。

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