

様式第5

理容所検査確認済証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 東大阪市保健所長

申請者 住 所

氏 名

（申請者が法人の場合は、その名称、事務所所在地
及び代表者の氏名を記入すること。）

東大阪市理容師法施行細則第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

施 設 の 名 称	
施 設 の 所 在 地	TEL
理容所検査確認済証の 確認年月日及び番号	年 月 日 第 号
再 交 付 の 理 由	紛失・破損・汚損