

第 5 号様式（第 4 条関係）

出張理容・出張美容業務届出済証再交付願

年 月 日

（宛先）旭川市保健所長

住 所
願出者 氏 名
（法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名）
連絡先

出張理容・出張美容業務届出済証を亡失・汚損したので、旭川市出張理容・出張美容に関する衛生管理要領第 4 条の規定により、次のとおり願い出ます。

出張する （理容師） （美容師）	住 所	
	氏 名	
届出済証	番 号	第 号
	交付年月日	年 月 日
亡 失 ・ 汚 損 の 理 由		

添付書類

汚損による再交付の願い出については、その出張理容・出張美容業務届出済証