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