

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

（あて先）旭川市保健所長

住 所  
願出者 氏 名 ㊟  
(法人にあつては、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、次のとおり願ひ出ます。

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ひ出については、その出張理容・出張美容業務届出済証