

別記様式第8号(第6条関係)

理容所検査確認済証(書換・再)交付申請書

年 月 日

(宛先)新潟市長

申請者 住所(法人にあつては所在地)

氏名(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

電話番号

新潟市理容師法施行細則第6条の規定により、次のとおり申請します。

理 容 所	名称	
	所在地 新潟市	電話番号
確認年月日	年 月 日	
検査確認済証番号	第 号	
申請理由	<input type="checkbox"/> 記載事項の変更 <input type="checkbox"/> 承継 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損・汚損	

注 該当する項目の□にレ印を記入してください。

添付書類 書換交付又は再交付に係る検査確認済証(紛失した場合及び毀損又は汚損が著しい場合は除く。)