

様式第 8 号（第 6 条関係）

理容所検査確認証再交付申請書

年 月 日

水戸市保健所長 様

住所又は所在地
氏名又は名称
代表者の氏名
連絡先

理容所検査確認証の再交付を受けたいので、水戸市理容師法施行細則第 6 条第 1 項の規定により次のとおり申請します。

1 理容所の名称及び所在地

- (1) 名 称
- (2) 所在地

2 再交付申請の理由（該当するものを○で囲むこと。）

破損 ・ 汚損 ・ 紛失

3 添付書類

破損又は汚損の場合は、当該破損又は汚損をした理容所検査確認証