

様式第5号（第4条第2項関係）

理容所検査確認証再交付申請書

年 月 日

茨城県知事

殿

住 所

（法人にあっては，主たる事務所の所在地）

開設者

氏 名

（法人にあっては，その名称及び代表者氏名）

理容所検査確認証の再交付を受けたいので，茨城県理容師法施行細則第4条第1項の規定により申請します。

1 理容所の所在地

2 理容所の名称

3 検査確認証番号 第 号

4 検査確認年月日 年 月 日

5 再交付を受けたい理由

備考 毀損の場合は，毀損した理容所検査確認証を添付すること。