

理容所・美容所以外の場所における業務承認申請書

令和 年 月 日

熊本市保健所長 (宛)

住 所

氏 名 印

電話番号

〔法人にあつては、法人の名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名〕

下記のとおり(理容所・美容所)以外の場所において(理容・美容)業を行いたいので、(熊本市理容所の衛生措置基準等を定める条例・熊本市美容所の衛生措置基準等を定める条例)第4条第2項及び熊本市理容師法、美容師法施行細則第7条の規定により申請します。

記

1 業を行おうとする期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日(日間)

2 業を行おうとする場所

3 業を行おうとする理容師・美容師

氏 名	住 所	登録番号	登録年月日

4 理由

備考 氏名(法人の場合は代表者氏名)を自署する場合は、押印は不要です。