様式第４号（第６条関係）

**確認済みの証書換え交付申請書**

　　　年　　　月　　　日

（宛先）

寝屋川市保健所長

申請者　住　　所

氏　　名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

電話番号

寝屋川市理容師法施行細則第６条第１項の規定により、次のとおり確認済みの証の書換え交付の申請をします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | |  | |
| 所在地 | | 寝屋川市 | |
| 確認の年月日  及び番号 | | 年　　　月　　　日　　　　　第　　　　　　　　号 | |
| 変更内容 | 事　　　項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  |  |  |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | |