様式第５号（第７条関係）

**確認済みの証再交付申請書**

　　　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７条第１項の規定により、次のとおり確認済みの証の

再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 |
| 再交付申請の理由 | □　破　損　　　　　□　汚　損　　　　　□　紛　失 |