様式第６号（第７条関係）

**確認済証再交付申請書**

　　　年　　　月　　　日

（あて先）

八尾市保健所長

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）

　八尾市理容師法施行細則第７条第１項の規定により、次のとおり確認済証の再交付の申請をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 理容所の名称 |  |
| 理容所の所在地 |  |
| 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 |