**第２号様式の２**（第５条関係）

年　　月　　日

保健所長　様

申請者　郵便番号

住所

氏名

法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称

及び代表者の職・氏名

電話番号

生年月日　　　　　　　　　年　　月　　日

理容所確認証書換え交付申請書

理容所確認証の書換え交付を受けたいので、高知県理容師法施行細則第２条の２の規定に基づき次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 理容所 | 所在地 | | 郵便番号 | |
| 名称 | | 電話番号 | |
|  | 理容所確認証番号 | | | 第　　　　　　　号 |
|  | 理容所確認証交付年月日 | | | 年　　　月　　　日 |
| 申請理由 | | 地位の承継　・　記載事項の変更 | | |

注　１　「申請理由」欄は、該当するものを○で囲んでください。

２　次に掲げる書類を添えてください。

(１)　理容所確認証

(２)　申請の原因となった事実を証する書類