様式第５号

**確認済証再交付申請書**

　　　年　　　月　　　日

吹田市保健所長　宛

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）

吹田市理容師法施行細則第４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。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | 吹田市 |
| 確認年月日  及び確認番号 | 年　　　月　　　日　　　　　　　第　　　　　　号 |
| 再交付申請の理由 |  |