

様式第 6 号 (第 5 関係)

出張業務開始届出済証再交付願

年 月 日

茨城県 保健所長 殿

営業者 住所
氏名

次のとおり茨城県出張理容・出張美容に関する衛生指導要綱第 5 の規定により出張業務
開始届出済証の再交付を願い出ます。

1 交付を受けた届出済証

種 類：理容・美容

番 号：

年月日：

2 亡失又は汚損の年月日(わかる場合記入)

年 月 日

3 再交付の理由