

理容所廃止届

年 月 日

呉市保健所長 様

届出者 住 所  
氏 名  
印  
〔 法人の場合は、主たる事務  
所の所在地、その名称及び  
代表者の氏名 〕  
生年月日 年 月 日  
電話番号

次のとおり理容所を廃止しましたので確認書を添えて届け出ます。

理容所の名称	
理容所の所在地	
廃止年月日	年 月 日
廃止の理由	