

理 容 所 廃 止 届

年 月 日

(あて先) 福岡市 保健所長

住 所

開設者

氏 名

(法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

次のとおり理容所を廃止したので届け出ます。

施 設 の 名 称	
施 設 所 在 地	福岡市 区
検査確認年月日 及 び 番 号	年 月 日 第 号
廃 止 年 月 日	年 月 日

添付書類

理容所検査確認済証