

検査確認済証明書交付申請書

年 月 日

保 健 所 長 様

届出者 氏名

〔法人にあつては、
名称及び代表者氏名〕

印

下記により、検査確認済証明書の交付を申請します。

1 申請者	氏 名 〔法人にあつては、名称 及び代表者氏名〕	生 年 月 日	年 月 日
	住 所 〔法人にあつては、 所在地〕		
2 営業施設所在地			
3 営業施設の名称 屋号又は商号	営業の 種 別	理容所・美容所・クリーニング所	
4 検査確認年月日	年 月 日		
5 申請の理由			
摘 要			

備考 長崎県手数料条例の規定により、400円の長崎県収入証紙を添付すること。