理容所廃止届

年　　　月　　　日

（あて先）一宮市保健所長

届出者 住　　　所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　（法人にあっては名称及び代表者氏名）　　　（法人にあっては、　名称及び代表者氏名）　　 電話番号

次のとおり理容所を廃止したので、理容師法第１１条第２項の規定により届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 廃止理容所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 廃止年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 廃止の理由 | |  |

（添付書類）

廃止する理容所の確認済証