

確認番号	確認年月日	施設名称	施設住所	施設電話番号	申請者氏名	代表者氏名	申請者住所	申請者電話番号
5-宮保予第8201-1号	R 5.11.17	白蘭理容院	愛知県一宮市本町1丁目6番10号	0586-72-3358	趙 良行			