

確認番号	確認年月日	施設名称	施設住所	施設TEL	申請者氏名	代表者氏名
4-宮保予第8201-2号	R4.10.7	ヘアースalon セブン	愛知県一宮市奥町字薬師1-7	0586-62-8324	岩見 友和	