

施設番号		交付予定	／	受付入力	
------	--	------	---	------	--

変更及び廃止届出・書換え交付申請書

年 月 日

大阪市保健所長

開設者住所（法人の場合は事務所の所在地）
〒 —

開設者氏名（法人の場合は名称、代表者氏名）

TEL

次のとおり、理・美容所開設届出事項に変更等がありましたので届け出ます。

理・美容所開設届出事項の変更に伴い検査確認済の証に変更が生じるため、検査確認済の証の書換え交付を申請します。（注2）

施設名称	公開している又は公開する予定の電話番号（注1） TEL
施設所在地	
営業の種別	理容所 美容所

届出事項（該当する事項の番号を丸で囲んでください。）

1	開設者住所（法人の場合は、事務所の所在地）	裏面項目1をご記入ください	
2	開設者氏名（法人の場合は、名称・代表者氏名）	裏面項目2をご記入ください	
3	施設名称	裏面項目3をご記入ください	
4	構造設備	裏面項目4をご記入ください	保健所受付印
5	管理理・美容師（設置又は変更）	裏面項目5をご記入ください	
6	従業者	裏面項目6をご記入ください	
7	その他	裏面項目7をご記入ください	
8	廃止	裏面項目8をご記入ください	
◎持参書類(原本確認後、返却します)			連絡先電話番号

注1 公開している又は公開する予定の電話番号は、インターネット、電話帳、看板等により広く知らせている電話番号をご記入ください。

注2 検査確認済の証に変更が生じる場合、検査確認済の証の書換え交付申請が必要です。

注3 発行後、3ヶ月以内のもので、法人の現状が確認できるものがが必要です。

行政書士法等行政手続きに関する法律を遵守すること。

(以下 保健所記入欄)										
<input type="checkbox"/> 上記変更届出・書換え交付申請書を受理し、別添「検査確認済の証」を作成します。										
<input type="checkbox"/> 上記変更及び廃止届出を受理します。										
指令番号及び受理年月日			大保環第		号		年		月	日
起案	所長	主幹	副主幹	係長	担当者	受付者	取扱責任者	文書主任		
決裁								所長印 専用 通 簡所		