

検査確認済証明書交付申請

年 月 日

県南保健所長様

氏名 〔法人にあっては、
名称及び代表者氏名〕

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 〔 法人にあっては、名称 及び代表者氏名 〕	生年月日	年 月 日
	住所 〔 法人にあっては、 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円の手数料を納付すること

