

理容所廃止届

平成 年 月 日

長野県知事 殿

住 所 (法人にあたっては、事務所の所在地)

電話 :

氏 名 (法人にあつては、その名称及び代表者名)

印

生年月日 (法人を除く)

年 月 日生

下記のとおり、理容所を廃止しました。

記

1 営業所の名称及び住所

名 称

住 所

2 廃止年月日及びその理由

平成 年 月 日

理 由 :

(注) 廃止の場合は、保健所が交付している理容所開設検査確認済証を添付すること。