別記様式第９号

出張業務届出済証再交付願

年　　月　　日

大分県　　　　　　保健所長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　営業者

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　次のとおり大分県出張理容・出張美容衛生指導要領第７の規定により出張業務届出済証

の再交付を願い出ます。

１　交付を受けた届出済証

　　　　　　種　類：理容・美容

番　号：

年月日：

２　亡失又は汚損の年月日(わかる場合記入)

　　　　　　年　　　月　　　日

３　再交付の理由