

理容所休止届

年 月 日

船橋市保健所長 あて

住所

氏名

〔 法人にあつては、その名称、所在地
及び代表者の氏名 〕

電話番号

理容所を休止したので、次のとおり届け出ます。

理容所	名称	
	所在地	船橋市
確認番号	第 一 号	
確認年月日	年 月 日	
休止年月日	年 月 日～ 年 月 日	
休止の理由		