

様式

年 月 日

高知市保健所長 様

郵便番号

住 所

(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

氏 名

(法人の場合は、名称及び代表者の職・氏名)

電話番号

移動理容所営業予定地届

次のとおり移動理容所営業予定地を、移動理容に係る基準第3条第2項の規定により届け出ます。

移動理容所の名称			
車両登録番号			
連絡先 (携帯電話番号等)			
確認証番号	号	確認証交付年月日	年 月 日
営業年月日	営業時間	営業場所(会場名)	
年 月 日	: ~ :		