# 確　認　証　再　交　付　願

〇〇〇〇年　　〇月　　〇日

（あて先）札幌市保健所長

届出者　　住　所　**札幌市〇〇区△△〇条□丁目〇－〇**

氏　名　**札幌　太郎**

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

電話番号　**〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇**

確認証を紛失（損傷）したので、再交付願います。

記

1　施設の名称　　**〇〇美容室**

2　施設の所在地　　札幌市　**□□**　区**△△〇条□丁目△－△**

3　業種の区分　　理　容　　美　容　　クリーニング　　コインランドリー

該当する業種に〇

4　確認年月日　　**△△△△**年　　**△**月　　**△**日
　及び番号　　札保　**環**　確認（　**美**　）第　**〇〇**　号

5　紛失（損傷）の年月日　　**□□□□**年　　**□**月　　**□**日

添付書類
　確認証（損傷の場合）