

消除年月日	※
-------	---

理容師名簿登録消除申請書

免許証(免許証明書)を交付した者	1 大臣(指定登録機関代表者)	登録第 号	登録年月日	1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和
	2 都道府県知事			

理容師名簿に登録されている者

本籍 (国籍等)	都道府県		
ふりがな	(氏)	(名)	
氏名			
生年月日	1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和		
消除理由	1 死亡 2 失踪 3 その他()		
消除理由の生じた 年 月 日	年 月 日		

申請者

氏名		登録されている者 との関係	
連絡先 電話番号	()		
住所	郵便番号		
		都道府県	
※			

厚生労働大臣
指定登録機関代表者 殿

上記により、理容師名簿の登録を消除されたく免許証(免許証明書)及び関係書類を添えて申請します。

申請日 年 月 日

備考 1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する数字を○で囲むこと。
3 用紙の大きさはA4とすること。