

様式第3号(第3条関係)

## 理容所廃止届

年 月 日

徳島県東部保健福祉局長 殿

届出者 住 所

氏 名

年 月 日生

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地  
及び名称並びに代表者の氏名〕

次のとおり理容所を廃止しましたので、理容師法第11条第2項の規定によりお届けします。

1 理容所 所在地  
名 称

2 廃止の年月日 年 月 日

3 廃止の理由

備考 理容所検査確認証(様式第5号)を添付すること。