決裁	課　長	係　長	担当者

様式第４号

理　容　所　廃　止　届

令和　　年　　月　　日

（宛先）福岡市保健所長

住　所
開設者
氏　名

（法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）

次のとおり理容所を廃止したので届け出ます。

施設の名称	
施設所在地	福岡市　　区
検査確認年月日 及び番号	年　　月　　日 第　　号
廃止年月日	年　　月　　日