

廃業届

記入日 年 月 日

群馬県美容業生活衛生同業組合
理事長 町田仁一様

〒 ー
所在地
TEL
氏名 ⑩
生年月日 年 月 日生(歳)

次のとおり美容所の廃業を致します。

支 部 名	支 部		
美 容 所 の 名 称			
美 容 所 の 所 在 地			
廃 業 年 月 日	令和 年 月 日		
廃 業 理 由			
	保 健 所 受 領 印	年 月 日提出	

※保健所の受領印をいただくか又は、廃止届のコピーを添付してください。