

理事長	専務理事	事務局長	係

令和 年 月 日

福岡県美容生活衛生同業組合  
理事長 井手口 宥公 様

支 部

店舗名

氏名

印

## 変 更 届

下記内容について、変更いたしましたので、届出します。

↓ 変更事項に○をつけ、変更内容をご記入下さい。

	(フリガナ) 氏 名	※法人の場合、法人名と代表者名を記載		
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	美容師免許	取得日/ 番号 /	年 月 日	管理美容師免許 取得日/ 番号 /
	店舗名 ※本店・支店 ○で囲む	本店 支店		
	店舗住所	〒		
		TEL	FAX	
	開設年月日	年 月 日	総面積	m <sup>2</sup>
	スタッフ数	※開設者を除く美容師免許取得済のスタッフ数		セット面
		人	シャンプー台	台
	支部変更	あり ( 支部へ ) ・ なし		
	自宅住所	〒		
		TEL	FAX	
	事務所等 住所	〒		
		TEL	FAX	
	URL	http:// ※ HP掲載 する ・ しない		
	資 格			

開設者が美容師でない場合⇒美容免許取得者を記入 支店の場合⇒支店の代表者を記入

	(フリガナ) 氏 名	生年月日	年 月 日
		性 別	男 ・ 女
		連絡先TEL	
	美容師免許	取得日/ 番号 /	年 月 日
		管理美容師免許	取得日/ 番号 /
		年 月 日	年 月 日