様式第3

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) 2　　都道府県　　知事	登録番号　第　　号	登録年月日	1　昭和 2　平成　　年　　月　　日 3　令和

理容師名簿に登録されている者		
本　籍 (国　籍)	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。