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 該当する数字を〇で囲むこと。
3 用紙の大きさはA4とすること。