

担当理事	係	支部長	担当者

加入申込書

西暦20 年 月 日

茨城県理容生活衛生同業組合理事長殿

氏名

印

私は、茨城県理容生活衛生同業組合に加入にあたり、下記により届出いたします。

記

所属支部		管轄保健所	保健所
ふりがな		性別	男性 女性
加入者名 (代表者名)		生年月日	西暦 年 月 日生
理容師資格	年 月 日取得	大臣・知事 第	号
開業日	年 月 日開業	第	号
店舗名称			
所在地	茨城県		
郵便番号			
電話番号	()	FAX	()
出資金	①一括(円) ②分割(円 × 回)		