

様式第7（第17条関係）

小牧市訪問理美容サービス事業利用資格喪失届

令和 年 月 日

（あて先）小牧市長

申請者 住 所
氏 名
電 話

次のとおり喪失しましたので届け出ます。

氏 名		利用券番号	
住 所			
喪失理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
喪失年月日	令和 年 月 日		

※残存する利用券を添えて提出してください。