

一般社団法人

日本美容業美容医療審査機構 御中



届出日 年 月 日

申請事項変更届(事業所の移転、廃止・廃業以外)

申請事業者名

代表者名

印

住所 〒

下記の変更をお願い申し上げます。

記

↓該当する変更事項にチェック☑の上、変更事項のみ新・旧情報をご記入下さい。

	変更事項	変更年月日	旧(変更前)	新(変更後)
<input type="checkbox"/>	事業者正式名称			
<input type="checkbox"/>	屋号			
<input type="checkbox"/>	代表者氏名			
<input type="checkbox"/>	認証基準の運営管理 責任者			
<input type="checkbox"/>	ホームページURL			
<input type="checkbox"/>	消費者相談担当者			
<input type="checkbox"/>	個人情報管理者			
<input type="checkbox"/>	防火管理者(甲・乙)			
<input type="checkbox"/>	申請担当者名			
<input type="checkbox"/>	担当者連絡先 (送付先)住所			
<input type="checkbox"/>	担当者電話番号			
<input type="checkbox"/>	担当者FAX番号			
<input type="checkbox"/>	担当者Eメールアドレス			

※事業者名称、代表者変更の際は、登記簿謄本(個人事業者の場合は住民票)を添付して下さい。