廃止承認申請書

年　　月　　日

　群馬県知事　あて

申請者　住　　所

氏　　名

法人又は団体にあっては、その名称、主たる

事務所の所在地並びに代表者の住所及び氏名

電話番号

次のとおり（指定理容師養成施設の養成課程の一部・美容修得者課程の一部又は全部・指定理容師養成施設）を廃止したいので、理容師養成施設指定規則第６条第３項の規定により申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定理容師  養成施設 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 廃止予定  年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | |
| 廃止の理由 |  | |
| 入所中の生徒の  処置方法 |  | |
| 指定理容師養成施設の養成課程の一部を廃止する場合  （美容修得者課程の一部又は全部を廃止する場合を含む。） | | |
| 廃止する部分 |  | |
| 添付書類  指定理容師養成施設の廃止の場合にあっては、学籍簿等を保存する者の住所及び氏名（法人又は団体にあっては、主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者の住所及び氏名）並びに学籍簿等の承継の予定年月日を記載した書類 | | |