

高知県知事 殿

承 諾 書

貴養成施設が、美容師法に基づく養成施設として指定された場合は、貴養成施設の実習計画に基づき、貴施設の実務実習生を当美容所で受け入れることを承諾します。

※日付、所在地、企業名、美容所名等は保健所にご登録されている名称を下記の記入欄にご記入下さいますようお願い致します。

令和 ____年 ____月 ____日

【承諾美容所】

所 在 地 〒 保健所ご登録 郵便番号

保健所ご登録 住所

企 業 名 称 保健所ご登録 企業名

美 容 所 名 保健所ご登録 美容所名

電 話 番 号 保健所ご登録 電話番号

開 設 者 氏 名 保健所ご登録 開設者名 (印)

管理美容師氏名 保健所ご登録 管理美容師名

※ 管理美容師修了証書のコピーを添付して下さい。

(美容師養成施設)

学校法人 龍 馬 学 園

「龍馬デザイン・ビューティ専門学校 美容総合学科」