



# Division of Licensing Services

New York State  
Department of State  
Division of Licensing Services  
P.O. Box 22001  
Albany, NY 12201-2001  
客户服务：(518) 474-4429  
www.dos.ny.gov

## 经验声明

请用正楷填写或键入

关于申请

\_\_\_\_\_  
(姓名)

营业执照：

- \_\_\_\_\_ 理发
- \_\_\_\_\_ 美容
- \_\_\_\_\_ 化妆
- \_\_\_\_\_ 专业美甲
- \_\_\_\_\_ 自然发型设计
- \_\_\_\_\_ 脱毛

本人 \_\_\_\_\_，居住在 (州) \_\_\_\_\_  
(证人) \_\_\_\_\_  
(县) \_\_\_\_\_。

本人目前的工作是：\_\_\_\_\_ 工作  
单位：\_\_\_\_\_

位于 (州) \_\_\_\_\_ (县) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_。本人认识营业执照申请人 \_\_\_\_\_  
(申请人)

的时间大概有 \_\_\_\_\_ 年。据本人所知，\_\_\_\_\_  
该申请人从事上述职业的时间为 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_  
(年月日) ， (年月日)

地点为 (州/县) 本人 \_\_\_\_\_。对申请人的了解基于下列事实：(如有需要，请在背面说明)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

本人 \_\_\_\_\_，签署并证实，本申请中的声明已经过本人核实，据本人所知和所信完全属实，如有不实之处，本人愿受伪证罪处罚。

\_\_\_\_\_  
(签名)

\_\_\_\_\_  
(日期)