NYS Department of State
DIVISION OF LICENSING SERVICES
P.O. Box 22001
Albany, NY 12201-2001
고객 서비스: (518) 474-4429
www.dos.ny.gov

경력 확인서

정자체로 기재하거나 타이핑 하십시오.

해당 신청서 문제

_____
(이름)

운영자 면허 신청자
_____ 이발사
_____ 미용술(Cosmetology)
_____ 피부관리(Esthetics)
_____ 네일 관리(Nail Specialty)
_____ 천연 헤어 스타일링
_____ 왁싱(Waxing)

본인 _____ (은)는 _____ 주
(입회인)
_____ 카운티 _____ 에

거주하고 있습니다. 본인은 현재 _____ 주

_____ 카운티에서 _____ (으)로

고용되어 있습니다. 본인은 개인적으로 _____
(신청인)
약 _____ 년간의 기간 동안 상기 운영자 면허 신청자를 알고 지냈습니다. 본인이 아는 바에 따르면 상기 신청인은

_____ 에서 _____ 까지
(월/일/연도) (월/일/연도)
_____ 주/카운티에서 상기 업종에 종사해왔습니다. 이러한 사항은 다음과 같은 사실에 근거한

것입니다 (필요한 경우 뒷면을 사용해주십시오). _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

본인_____(은)는 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 조건 하에, 본

문서에 담긴 진술을 직접 검토하였으며 본인의 지식과 믿음이 정확한 사실임을 증명합니다.

_____ _____
(서명) (날짜)