



미용원/미장원, 개인 서비스, 또는 이동 설비 면허 갱신

미용원/미장원, 개인 서비스 또는 이동 설비 면허를 갱신하십시오.

온라인: <https://professions.dol.wa.gov>

또는 작성된 이 양식과 수표 또는 우편환(수취인: DOL(Department of Licensing, 면허청)) 다음 주소로 우편 발송해 주십시오:

Cosmetology Program
Department of Licensing
PO Box 3856
Seattle, WA 98124-3856

궁금한 점이나 언어에 관한 도움이 필요할 경우 360-664-6626으로 전화하십시오.

본 신청서 작성을 위해 필요한 사항

- 사업 허가 서비스국(bls.dor.wa.gov/file.aspx)이 발행한 유효한 통합 사업체 UBI(Unified Business Identifier, 통합 사업체 식별) 번호
- 가장 최근의 보험 증서 정보

수수료

갱신 신청 - \$121

지연 갱신 신청 - \$181

소재지 추가 - 소재지 당 \$121

소재지 변경

갱신할 시기가 되지 않은 경우 온라인으로 계정에 로그인하거나 dolcosmo@dol.wa.gov로 이메일을 보내 사업체 소재지를 업데이트할 수 있습니다.

온라인 계좌가 있을 경우 면허를 자가 출력할 수 있습니다.

귀하의 면허에 대한 출력 및 우송 요청 시 1부 당 \$5의 인쇄료를 지불 금액에 추가하십시오.

온라인 면허 자가 출력 수수료 \$0.

1부당 \$5. DOL 출력 및 면허 우송. 수량 _____ 총 금액\$ _____

면허 유형 - 각 유형의 면허 별로 지불 필요

미용원/미장원 - 모든 빌딩, 건축물 또는 이들의 모든 부분에서 제공되는 서비스. 여기에는 서비스가 제공되는 공간을 임대하고 있는 개인들이 포함됩니다.

개인 서비스 - 고객의 가정, 사무소 또는 고객에게 편리한 다른 소재지에서 제공되는 서비스.

이동 설비 - 이동식 구조물에서 제공되는 서비스.

신청자 정보

해당 면허에 표시하고자 하는 이름을 타자 또는 정자체로 기입하십시오 전문 면허 번호		(해당할 경우)
법적 이름(이름, 중간 이름, 성)		
(지역 번호)자택 전화 번호	생년월일(월/일/년)	사회 보장 번호*

*귀하의 면허 신청이나 발급에 귀하의 SSN(Social Security Number, 사회 보장 번호) 또는 ITIN(Individual Taxpayer Identification Number, 개별 납세자 식별 번호) 또는 TIN이 필요하지는 않습니다. SSN 또는 ITIN 미소지자는 해당 공간을 공란으로 남겨 놓으십시오. SSN, ITIN 또는 TIN 소지자는 연방법과 주법에 의해 신청서에 해당 정보를 제공해야 합니다(42 U.S.C[United States Code, 미국 연방법] 666(a)(13) 및 RCW[Revised Code of Washington, 개정 Washington 주법] 74.20A.320).

신청자 정보(계속)

군인이신가요? (해당란에 표시)

현직 또는 전직: 군인 군인 배우자 또는 동거인

군인 및 배우자인 경우: 군인 및 배우자가 군 명령으로 인해 이사해야 하는 경우, 워싱턴 주에서는 다음을 제공하는 경우 현재 면허증 또는 증명서가 인정될 수 있습니다:

1. 이 신청서 및 군 복무 명령 사본;
2. 이전에 면허를 보유했던 모든 주에서 유효한 상태의 면허증.
 - a. 신청서를 검토하는 동안 DOL에서 각 주의 면허증 원본 또는 적격 증명서를 요청할 수 있습니다.
 - b. DOL에서 면허를 인정하는 데 필요한 지속 교육 요건이 있을 수 있습니다.
3. 워싱턴 주를 제외한 다른 주에서 발급한 면허를 보유하고 있는 경우, 아래 표를 작성해 주십시오.

주	면허 번호	만기일

회사 정보

사업체명	유효한 UBI/UBI 사업체 아이디/UBI 소재지 아이디(16자리 숫자)		
사업체명(Doing Business As, DBA) 또는 미용원 미장원 명칭	면허 번호(갱신에 한함)		
우편 주소			
시	주	우편번호	카운티
실제 주소 (미용원 미장원 또는 이동 설비에 한함)			
시	주	우편번호	카운티
이메일	10자리 영업용 전화번호		
사업체 유형			
단독 소유자	파트너십	법인	LLC

보험(필수)

보험회사 이름	보험 번호
만기일	보험 가입 금액(최소 \$100,000)

다음 사항에 답변하십시오

1. \$100,000 이상의 상해 및 재산 손상에 대한 통합 공공 책임 보험
을 보여주는 현행 보험 증서를 가지고 계십니까? 예 아니요
2. 귀하는 요청 시 해당 내역서에 대한 증빙 서류를 제공하는 것에 대해 동의하십니까? 예 아니요

법적 배경

다음에 답변하십시오.

아래 질문에 답변하십시오. "예"로 답변할 경우 상세 설명서를 첨부하십시오.

1. 지난 5년 동안 본 주나 기타 다른 관할지에서 귀하가 소지한 전문적이거나 직업적인 면허, 인증, 허가에 대해 조치 (벌금, 자격 정지, 면허 취소, 포기 등)가 취해진 적이 있었습니까? 예 아니요
2. 지난 5년 동안 본 주나 기타 다른 관할지에서 경범죄 또는 중범죄로 법정에 출두하지 않거나 유죄 판결을 받거나 또는 다툼 금지에 대해 항소한 적이 있습니까? (교통 위반건은 제외) 예 아니요

본인은 *Washington* 주법에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건으로 위 내용이 사실이며 정확하다는 것을 확인합니다.

단독 소유자 또는 동업자나 법인, 유한회사를 대리해 서명하도록 승인된 사람의 이름을 타자 또는 정자체로 기입해 주십시오.

X

일자 및 장소(시 또는 카운티)

단독 소유자 또는 동업자, 법인, 또는 유한회사를 대리해 서명하도록 승인된 사람의 서명

본 신청서에 허위 정보 제공 시 *Washington* 주의 전문 면허에 대한 거부, 정지 또는 취소로 이어질 수 있습니다.

RCW 18.16; 18.16.110(1); 18.16.175(5); 18.235; 26.23.150; 42.56