



주정부 소비자 서비스국 – Gavin Newsom 주지사

이미용위원회

P.O. Box 944226, Sacramento, CA 94244-2260

전화 (800) 952-5210 팩스 (916) 575-7281 www.barbercosmo.ca.gov



소비자 고발(COMPLAINT) 양식

고발 접수인			
성명 (이름, 성)			
주소 거리 번호 거리 이름			
시		주	우편 번호
사건 발생일	사업체 전화	집 전화	
이메일 주소			
<i>주의: 무기명으로 고발(Complaint)을 접수하고 싶으시면 개인 정보 섹션을 빈칸으로 두십시오.</i>			
고발 대상			
사업체 이름		면허 소지자 또는 소유자 이름	
주소 거리 번호 거리 이름		전화 번호	
시		주	우편 번호
구체적인 고발 내용			
고발 내용을 기술하십시오. (쓸 공간이 더 필요하시면 페이지를 추가로 첨부하십시오.)			

해당 면허 소지자에게 해당 문제를 구두로 말씀하신 적 있습니까?
예라고 답하셨다면, 날짜와 그 결과에 대해 말씀해 주시겠습니까?

예

아니오

해당 면허 소지자에게 법적인 소송을 시작하셨습니까?
예라고 답하셨다면, 날짜와 그 결과에 대해 말씀해 주시겠습니까?

예

아니오

위원회에서 귀하를 위하여 무엇을 해주기를 원하십니까?

본인은 위의 내용이 진실이며 정확한 사실임을 선언하며, 위증시 캘리포니아 법률에 따라 처벌을 받기로 서약합니다. 소환된다면, 본인은 피고 또는 그 외 관련 자들의 조사 및 고발에 협조할 것이며, 필요하다면, 반드시 청문회에 참석하여 사실을 입증하겠습니다. 무기명으로 고발을 접수하신다면 서명하지 마십시오.

X _____
서명

날짜