

様式第1号（第3条関係）

理容所開設届

年 月 日

岡山市保健所長 様

住 所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	
ふりがな 氏 名	法人にあつては、名称及び代表者の氏名	
電 話 番 号	( )	—

次のとおり理容所を開設したいので、理容師法第11条第1項の規定により届け出ます。

(1) 開設しようとする理容所

理容所の名称			
理容所の所在地	TEL		
構造・設備の概要	作業所面積	待合室	
	椅子の数	消毒設備 (1)かみそり及び血液の付着又はその疑いのある器具	
	洗髪設備	(2)(1)以外の器具	
	換気設備	照明設備	
	消毒済物品の格納場所	未消毒物品の格納場所	
開設予定 年 月 日		検査希望 年 月 日	

(1) - 2 美容所との重複開設

美容所との 重複開設の 有無	有 ・ 無	同一の場所で開設されている 美容所の名称	
同一の場所で開設が予定されている美容所の開設予定年月日			

(2) 管理理容師，理容師及びその他の従業者の氏名等

氏名及び生年月日等		理容師免許証番号等		
<input type="checkbox"/> 管理理容師 ( 結核・皮膚疾患その他伝染性疾患の有無 ) <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無  住所  氏名  年 月 日生		番号	第	号
		修了	年	月 日
		番号	第	号
		登録	年	月 日
<input type="checkbox"/> 免許保持者 (結核・皮膚疾患その他伝染性疾患の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		<input type="checkbox"/> その他		
氏名	年 月 日生	番号	第	号
		登録	年	月 日
<input type="checkbox"/> 免許保持者 (結核・皮膚疾患その他伝染性疾患の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		<input type="checkbox"/> その他		
氏名	年 月 日生	番号	第	号
		登録	年	月 日
<input type="checkbox"/> 免許保持者 (結核・皮膚疾患その他伝染性疾患の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		<input type="checkbox"/> その他		
氏名	年 月 日生	番号	第	号
		登録	年	月 日
<input type="checkbox"/> 免許保持者 (結核・皮膚疾患その他伝染性疾患の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		<input type="checkbox"/> その他		
氏名	年 月 日生	番号	第	号
		登録	年	月 日
<input type="checkbox"/> 免許保持者 (結核・皮膚疾患その他伝染性疾患の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		<input type="checkbox"/> その他		
氏名	年 月 日生	番号	第	号
		登録	年	月 日

(添付書類)

- 1 理容所の平面図
- 2 付近の略図
- 3 理容師にあつては理容師免許証のコピー及び健康診断書
- 4 管理理容師にあつては，管理理容師修了証のコピー
- 5 開設者が外国人の場合は，国籍等を記載した住民票の写し（住民基本台帳法第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限る。）