

理容所開設届出書

年 月 日

市立函館保健所長 様

住 所

(ふりがな)

届出者 氏 名

〔 法人にあつては、主たる事務所の
所在地、その名称および代表者の氏名 〕

電 話 局 番

理容所を開設するので、理容師法第11条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

理 容 所	名 称				
	所 在 地				
	構造および 設備の概要				
管 理 理 容 師	氏 名				
	住 所				
理 容 師	氏 名	登 録 番 号	そ の 他 の 従 業 者	氏 名	
理容師が結核、皮膚疾患等の伝染性疾病にかかっている場合は、その旨					
開設の予定年月日		年 月 日			
開設しようとする理容所と同一の場所で現に美容所が開設されている場合は、当該美容所の名称					
開設しようとする理容所と同一の場所で美容所の開設の届出がされている場合（現に美容所が開設されている場合を除き、当該届出を当該理容所の開設の届出と同時に行う場合を含む。）は、当該美容所の開設予定年月日		年 月 日			

添付書類

- 1 理容所の平面図
- 2 理容師につき、結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病の有無に関する医師の診断書
- 3 管理理容師を設置する場合は、管理理容師となる者が理容師法第11条の4第2項の規定に該当することを証する書類
- 4 届出者が外国人である場合は、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。）