

出張理容・出張美容営業者 調査表

記入年月日

令和〇年〇月〇日

営業者の名称	(法人にあっては、その名称、所在地及び代表者の氏名) 盛岡 太郎 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)				
事務所の所在地 (事務所を設けない場合は、営業者の住所)	盛岡市〇〇町〇丁目〇番〇号 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)				
営業の種類別	<input type="checkbox"/> 出張理容 <input checked="" type="checkbox"/> 出張美容				
出張営業の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病その他の理由により、理容所または美容所に来ることができない者※に対して理容または美容を行う場合※ <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 具体的な理由：高齢者福祉施設において、要介護者へ施術を行うため。 </div> <input checked="" type="checkbox"/> 婚礼その他の儀式に参列する者に対してその儀式の直前に理容または美容を行う場合※ <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 具体的な理由：結婚式場において、儀式の直前にヘアメイクを行うため。 </div>				
主たる営業の場所 (施設名等及び住所)	〇〇結婚式場、特別養護老人ホーム 〇〇園 等 盛岡市△△町△丁目△番△号				
出張営業の期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和△年△月△日				
携行品の種類及び数量	はさみ	かみそり	マスク	消毒済器具等 収納容器	消毒済布巾類 収納容器
	3本	1本	1枚	材質：プラスチック 数量：1個	材質：プラスチック 数量：1個
	くし	バリカン	刈布	使用済器具等 収納容器	使用済布巾類 収納容器
	1本	0個	2枚	材質：プラスチック 数量：1個	材質：プラスチック 数量：1個
	ブラシ	タオル	作業衣	石けん・消毒液	応急用薬品 その他
	2本	5枚	2枚	手洗い用石けん、 消毒用エタノール	絆創膏

※出張営業の理由の「疾病その他の理由により、理容所または美容所に来ることができない者」とは、以下の場合が該当します。

- (1) 疾病の状態にある場合のほか、骨折、認知症、障害、寝たきり等の要介護状態にある等の状態にある者であって、その状態の程度や生活環境に鑑み、社会通念上、理容所又は美容所に来ることが困難であると認められるもの
- (2) 自宅等において、常時、家族である乳幼児の育児又は重度の要介護状態にある高齢者等の介護を行っている者であって、その他の家族の援助や行政等による育児又は介護サービスを利用することが困難であり、仮に、自宅等に育児又は介を受けている家族を残して理容所又は美容所に行った場合には、当該家族の安性を確保することが困難になると認められるもの

器具等の消毒・保管管理方法の概要	消毒器具及び作業に要する器具類・布片類の保管場所の所在地	盛岡市〇〇町〇丁目〇番〇号	
	消毒設備	<input checked="" type="checkbox"/> 紫外線消毒器 <input type="checkbox"/> 煮沸消毒器 <input type="checkbox"/> 蒸気消毒器 <input checked="" type="checkbox"/> 薬物消毒器及び消毒薬品(消毒用エタノール)	
	既消毒器具格納設備	材質: プラスチック 数量: 1個	
	未消毒器具格納設備	材質: プラスチック 数量: 1個	
従事者	氏名	免許登録番号	免許登録年月日
	盛岡 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> その他 () 第 XXXXX号	令和〇年〇月〇日
	盛岡 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> その他 () 第 XXXXX号	令和〇年〇月〇日
		<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> その他 () 第 号	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> その他 () 第 号	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> その他 () 第 号	年 月 日	
衛生管理責任者の氏名等	盛岡 花子	管理美容師(美容師)の資格認定講習会修了証書交付番号及び交付年月日 第 XX号 令和〇年〇月〇日	

※従業者が2名以上の場合に記入してください。