

検査日時：	_____
駐車場：	有 ・ 無
連絡先：	_____

様式第1号（第2条関係）

理 容 所 開 設 届

年 月 日

盛岡市保健所長 様

開設者

住 所

氏 名

(電話 - -)

〔 法人にあっては、その名称、
所在地及び代表者の氏名 〕

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	フリガナ		
		(電話 - -)		
	所 在 地	盛岡市		
管 理 理容師	<input type="checkbox"/> 開設者と同じ <input type="checkbox"/> 下記のとおり		修了証番号	
	住 所			
	氏 名			
理容所の構造及び設備の概要		別紙のとおり		
従業者	氏 名	免 許 証 番 号		
		<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> () 都道府県知事 第 号		
		<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> () 都道府県知事 第 号		
		<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> () 都道府県知事 第 号		
		<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> () 都道府県知事 第 号		
		<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> () 都道府県知事 第 号		
		理容師については、結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患の有無	別添診断書のとおり	
開 設 予 定 年 月 日		年 月 日		
重複開設する美容所 ※該当する場合のみ記入	名 称	フリガナ		
	開設予定年月日	年 月 日		

備考1 理容師については、結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患の有無に関する医師の診断書を添付すること。

2 理容師が2人以上である理容所の開設の届出をする場合にあっては、管理理容師となる者が管理理容師資格認定講習会を修了していることを証明する書類を添付すること。

3 開設者が外国人の場合は、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。）を添付すること。

(A4)