

年 月 日

新宿区保健所長 宛て

開設者住所 _____

氏 名 _____

年 月 日生 電話 ()

(法人にあつては、その名称、所在地及び代表者の氏名)

理 容 所 (従 業 者) 変 更 届

下記のとおり、本施設(従業者)を変更したので、理容師法第11条第2項の規定により届け出ます。

記

1 施設 の 名称

2 施設 の 所在地 東京都新宿区

電話 ()

3 変 更 事 項 従業者 次のとおり

氏 名 生年月日	免 許			従 業 年 月 日 ----- 退職(異動)年月日	伝 染 性 疾 病 の 有 無	管 理 理 容 師		
	交 付 者	登 録 年 月 日 ----- 番 号	照 合 印			講 習 会 受 講 地	修 了 年 月 日 ----- 番 号	照 合 印
年 月 日生	厚生労働大臣 () 知事	年 月 日 ----- 第 号		年 月 日 ----- 年 月 日	有・無		年 月 日 ----- 第 号	
年 月 日生	厚生労働大臣 () 知事	年 月 日 ----- 第 号		年 月 日 ----- 年 月 日	有・無		年 月 日 ----- 第 号	
年 月 日生	厚生労働大臣 () 知事	年 月 日 ----- 第 号		年 月 日 ----- 年 月 日	有・無		年 月 日 ----- 第 号	
年 月 日生	厚生労働大臣 () 知事	年 月 日 ----- 第 号		年 月 日 ----- 年 月 日	有・無		年 月 日 ----- 第 号	
年 月 日生	厚生労働大臣 () 知事	年 月 日 ----- 第 号		年 月 日 ----- 年 月 日	有・無		年 月 日 ----- 第 号	
年 月 日生	厚生労働大臣 () 知事	年 月 日 ----- 第 号		年 月 日 ----- 年 月 日	有・無		年 月 日 ----- 第 号	

備 考

- 添付書類 1 次のいずれかに該当する場合は、当該理容師に係る伝染性疾患の有無に関する医師の診断書
- (1) 理容師を新たに使用する場合
 - (2) 理容師が疾病にり患した場合
 - (3) 理容師の疾病が治癒した場合
- 2 理容師にあつては、それを証する書類
- 3 管理理容師にあつては、それを証する書類