第2号様式（第4条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　(　　　　)  （法人にあっては、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 | 伝染性疾病の有無 | 管理理容師 | | |
| 交付者 | 登録年月日 | 照合印 | 講習会  受講地 | 修了年月日 | 照合印 |
| 退職 (異動)年月日 |
| 番号 | 番号 |
| 年　　月　　日生 | 厚生労働大臣  （　　　　）知事 | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  | 年　　月　　日 |  |
| 第　　　　　　　　号 | 年　　月　　日 | 第　　　　　　号 |
| 年　　月　　日生 | 厚生労働大臣  （　　　　）知事 | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  | 年　　月　　日 |  |
| 第　　　　　　　　号 | 年　　月　　日 | 第　　　　　　号 |
| 年　　月　　日生 | 厚生労働大臣  （　　　　）知事 | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  | 年　　月　　日 |  |
| 第　　　　　　　　号 | 年　　月　　日 | 第　　　　　　号 |
| 年　　月　　日生 | 厚生労働大臣  （　　　　）知事 | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  | 年　　月　　日 |  |
| 第　　　　　　　　号 | 年　　月　　日 | 第　　　　　　号 |
| 年　　月　　日生 | 厚生労働大臣  （　　　　）知事 | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  | 年　　月　　日 |  |
| 第　　　　　　　　号 | 年　　月　　日 | 第　　　　　　号 |
| 年　　月　　日生 | 厚生労働大臣  （　　　　）知事 | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  | 年　　月　　日 |  |
| 第　　　　　　　　号 | 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病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　理容師にあっては、それを証する書類  3　管理理容師にあっては、それを証する書類 | | | | | | | | |