

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)

美 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、美容師法第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 美 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	

備 考

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

