

理容所開設届出書

年 月 日

(宛先)

寝屋川市保健所長

届出者（開設者） 住 所

(フリガナ)

氏 名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

電話番号

理容師法第11条第1項の規定により、次のとおり理容所の開設の届出をします。

名 称	フリガナ		
所 在 地	寝屋川市 (商業ビル内等に理容所がある場合は、ビル名、階数まで御記入ください。)		
電話番号	開設予定年月日	年	月 日
F A X	メールアドレス		
従事者数	() 人 (内免許所有者数 () 人)		
構造設備	面 積	() m ² (内待合所面積 () m ²)	
	換 気	<input type="checkbox"/> 自然換気 <input type="checkbox"/> 機械換気	
	採光・照明	<input type="checkbox"/> 白熱灯 <input type="checkbox"/> 蛍光灯 <input type="checkbox"/> LED <input type="checkbox"/> その他()	
	床 材 質	<input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> クッションフロア <input type="checkbox"/> ビニールシート <input type="checkbox"/> リリウム <input type="checkbox"/> 木板 <input type="checkbox"/> その他()	
	腰 板 材 質	<input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> クッションフロア <input type="checkbox"/> ビニールクロス <input type="checkbox"/> リリウム <input type="checkbox"/> 木板 <input type="checkbox"/> その他()	
設備・器具	理容椅子 () 台	蒸タオル器 () 台	未消毒器具容器 () 個
	消毒済器具容器 () 個	蓋付き毛髪箱 () 個	蓋付き汚物箱 () 個
	流水設備 () 台	救急箱 () 個	
消毒方法	<input type="checkbox"/> 紫外線 <input type="checkbox"/> 煮沸 <input type="checkbox"/> 湿熱 <input type="checkbox"/> エタノール <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム <input type="checkbox"/> 逆性石けん <input type="checkbox"/> グルコン酸クロルヘキシジン <input type="checkbox"/> 両性界面活性剤		

次頁へ続く

管 理 理 容 師	フリガナ		住所	
	氏名			
	免許証	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） 番号(第 号) 登録年月日(年 月 日)		
	修了証	都道府県名() 番号(第 号) 登録年月日(年 月 日)		
	伝染性疾病の有無	有 ・ 無		
理 容 師	氏名	免許番号 ・ 登録年月日		伝染性 疾病の 有無
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） (第 号) 登録年月日(年 月 日)		有 ・ 無
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） (第 号) 登録年月日(年 月 日)		有 ・ 無
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） (第 号) 登録年月日(年 月 日)		有 ・ 無
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） (第 号) 登録年月日(年 月 日)		有 ・ 無
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） (第 号) 登録年月日(年 月 日)		有 ・ 無
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） (第 号) 登録年月日(年 月 日)		有 ・ 無
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） (第 号) 登録年月日(年 月 日)		有 ・ 無
その他の従業者氏名				
重複開設がある場合	美容所の名称			
	美容所開設予定年月日		年 月 日	

次頁に続く

施設の平面図

付近の見取図