様式第１号（第３条関係）

**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 |
| ＦＡＸ |  | 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 | （　　　　　　　　　　）㎡　　（内待合所面積　（　　　　　　　　　）㎡） |
| 換気 | □自然換気　　　□機械換気 |
| 採光・照明 | □白熱灯　　　　□蛍光灯　　　　□ＬＥＤ　　　　□その他（　　　　　　　） |
| 床材質 | □ｺﾝｸﾘｰﾄ　□ｸｯｼｮﾝﾌﾛｱ　□ﾋﾞﾆｰﾙｼｰﾄ　□ﾘﾉﾘｭｰﾑ　□木板　□その他（　　　　　） |
| 腰板材質 | □ｺﾝｸﾘｰﾄ　□ｸｯｼｮﾝﾌﾛｱ　□ﾋﾞﾆｰﾙｸﾛｽ　□ﾘﾉﾘｭｰﾑ　□木板　□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 | □紫外線　　□煮沸　　□湿熱　　□エタノール　　□次亜塩素酸ﾅﾄﾘｳﾑ　　□逆性石けん□ｸﾞﾙｺﾝ酸ｸﾛﾙﾍｷｼｼﾞﾝ　　□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 | □厚生労働大臣　　　□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 | □厚生労働大臣　□知事（都道府県名　　　　　　　　　）（第　　　　　号）登録年月日（　　　年　　　月　　　日） | 有・無 |
|  |
| フリガナ | □厚生労働大臣　□知事（都道府県名　　　　　　　　　）（第　　　　　号）登録年月日（　　　年　　　月　　　日） | 有・無 |
|  |
| フリガナ | □厚生労働大臣　□知事（都道府県名　　　　　　　　　）（第　　　　　号）登録年月日（　　　年　　　月　　　日） | 有・無 |
|  |
| フリガナ | □厚生労働大臣　□知事（都道府県名　　　　　　　　　）（第　　　　　号）登録年月日（　　　年　　　月　　　日） | 有・無 |
|  |
| フリガナ | □厚生労働大臣　□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 |