

# 理容所を開設される方へ

＜理容所を開設する場合＞ （理容師法第11条及び第11条の2）

寝屋川市内で理容所を開設しようとする者は、理容所の位置、構造設備、管理理容師その他の従業者の氏名その他必要な事項をあらかじめ寝屋川市保健所に届け出て、検査及び確認を受けなければなりません。

＜開設届出＞ （理容師法施行規則第19条関係）

開設の届出には、次のものがが必要です。

**※届出の時期は、営業開始の概ね2週間前ごろ(遅くとも10日前まで)にお願いします。**

(事前の相談については随時対応いたします。)

チェック欄	必 要 書 類 等	備 考
1 <input type="checkbox"/>	理容所開設届出書	【2部】
2 <input type="checkbox"/>	理容所の平面図、付近見取図 ※設計図、住宅地図等の添付でも可 (図中に詳細事項を追記してください。記入例参照)	【2部】
3 <input type="checkbox"/>	従業する理容師全員の理容師免許証 ※氏名が変更になっている場合は、そのことが分かる書類(戸籍抄本等)もあわせてご持参ください	【原本】 届出時に確認後、返却します
4 <input type="checkbox"/>	従業する理容師全員の診断書(参考様式) (結核、感染性皮膚疾患の有無に関する診断書) ※診断日より1ヵ月以内のもの	【原本】
5 <input type="checkbox"/>	従業する理容師が2名以上の理容所については、 そのうち1名が管理理容師であることを証する書類 ※管理理容師は他の理容所との兼任はできません	【原本】及び【その写し1部】 原本は届出時に確認後、返却します
6 <input type="checkbox"/>	開設者が外国人の場合は、住民票の写し(住民基本台帳法第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限り)	【市が発行する写しの原本】
8 <input type="checkbox"/>	手数料(現金でご用意ください)	16,000 円

## <使用前検査の確認事項>

(理容師法第12条、理容師法施行規則第25条、第26条、第27条、寝屋川市理容師法施行条例第4条等)

### 施設の確認検査の日までに必要な設備や器具を整えてください。

#### (1) 常に清潔に保つための措置

- ①床及び腰板にはコンクリート、タイル、リノリューム又は板等の不浸透性材料を使用すること。
- ②洗場は、流水装置とすること。
- ③ふた付きの汚物箱及び毛髪箱を備えること。

#### (2) 消毒設備を設けること（エタノール、次亜塩素酸ナトリウム、紫外線消毒器等）

#### (3) 採光、照明及び換気を十分にするための措置

- ①採光及び照明→ 理容師が理容のための直接の作業を行う場合の作業面の照度が100ルクス以上を確保できる設備を有すること。
- ②換気→ 理容所内の空気1L中の炭酸ガスの量を $5\text{ cm}^3$ 以下に保つことができる施設構造を有すること。

#### (4) その他市長が定める衛生上必要な措置。

- ①理容所と住居その他の施設とを区分すること。
- ②理容所には待合所を設け、作業場と区分すること。
- ③理容所の作業場及び待合所の面積の合計は、理容を行うときに使用するいすが3脚以下である場合にあっては $13\text{ m}^2$ 以上とし、いすが3脚を超える場合にあっては $13\text{ m}^2$ に3脚を超えるいす1脚ごとに $3.3\text{ m}^2$ を加えた数値以上とすること。
- ④理容所と美容所を同一施設内において開設するときは、当該理容所における作業場及び待合所と当該美容所におけるこれらに相当する施設が区分されていること。（ただし、当該理容所において従事する理容師の全員が美容師法第2条第2項に規定する美容師であつて、かつ、当該理容所が同法第13条各号に掲げる措置を全て講じている場合は、この限りでない。）
- ⑤皮膚に接する器具について、消毒済みのものとそれ以外のものとを区別して収納するために必要な設備を設けること。
- ⑥外傷に対する応急手当に必要な薬品及びガーゼその他の衛生材料を常備すること。  
(例：傷口面の消毒薬、絆創膏、ガーゼ、包帯等)

<よくあるご質問>

Q 1 免許証を紛失したのですが。

A 1 公益財団法人理容師美容師試験研修センターへ再交付の手続きをしてください。

(電話：03-5579-0911 HP：<http://www.rbc.or.jp/license/index.html>)

Q 2 管理理容師講習会修了証を紛失したのですが。

A 2 大阪府以外の都道府県で受講された方又は平成10年度以降に大阪府で受講された方は、(公財)理容師美容師試験研修センターへ再交付の手続きをしてください。(問合せ先：A 1 参照)。

平成9年度以前に大阪府で受講された方は、大阪府健康医療部生活衛生室環境衛生課へ修了済み証明の申請をしてください。

(電話：06-6944-9910 HP：<http://www.pref.osaka.lg.jp/kankyoeisei/ribiyou/index.html>)

Q 3 免許証、管理理容師講習会修了証に記載されている氏名に変更があるのですが。

A 3 氏名が変更したことが分かる公的な証明書を持参してください。(戸籍謄本又は戸籍抄本変更履歴が記載されている運転免許証等)なお、免許証は(公財)理容師美容師試験研修センターで書換え交付申請することができます。また、変更後の氏名の講習会修了証を必要とする場合は、「A 2」にならにお問い合わせください。

Q 4 開設者(届出者)の名義を変更したいのですが。

A 4 開設者の名義の変更には、事業譲渡や相続、法人の合併・分割があります。これらについては承継の届出が必要となります。また、旧の開設者が廃止し、新たに開設の手続きが必要な場合もありますので詳細は保健所へお問い合わせください。

Q 5 保健所の確認を受けて既に営業している施設を、同一の場所で建替える又は別の場所へ移転する場合は。

A 5 旧の施設を廃止し、新たに保健所(移転の場合は移転先の管轄保健所)へ開設の手続きをしてください。

(増・減築、改装の場合は、廃業新規又は変更の場合がありますので保健所へお問い合わせください。)

※この案内は令和5年12月13日現在のものです

〈記入例〉

## 理容所開設届出書

〇〇年 4月 1日

(宛先)  
寝屋川市保健所長

届出者（開設者） 住 所 寝屋川市八坂町〇-〇

(フリガナ) カブシキガイシャ〇〇 ネヤガワ タロウ  
氏 名 株式会社〇〇 代表取締役 寝屋川 太郎  
(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

電話番号 072-829-〇〇〇〇

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 〇〇リョウショ		
	〇〇理容所		
所 在 地	寝屋川市 八坂町〇-〇 〇〇ビル2階 (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	072-829-〇〇〇〇	開設予定年月 日	〇〇年 4月 〇日
F A X	072-829-〇〇〇〇	メールアドレス	〇〇〇@〇〇.jp
従事者数	( 3 ) 人 (内免許所有者数 ( 2 ) 人)		
構造設備	面 積	( 73.7 ) m <sup>2</sup> (内待合所面積 ( 8.6 ) m <sup>2</sup> )	
	換 気	<input type="checkbox"/> 自然換気 <input checked="" type="checkbox"/> 機械換気	
	採光・照明	<input type="checkbox"/> 白熱灯 <input type="checkbox"/> 蛍光灯 <input checked="" type="checkbox"/> LED <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	床 材 質	<input type="checkbox"/> コンクリート <input checked="" 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 checked="" 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 ( 4 ) 台	蒸タオル器 ( 0 ) 台	未消毒器具容器 ( 1 ) 個
	消毒済器具容器 ( 1 ) 個	蓋付き毛髪箱 ( 1 ) 個	蓋付き汚物箱 ( 1 ) 個
	流水設備 ( 1 ) 台	救急箱 ( 1 ) 個	
消毒方法	<input checked="" type="checkbox"/> 紫外線 <input type="checkbox"/> 煮沸 <input type="checkbox"/> 湿熱 <input checked="" type="checkbox"/> エタノール <input checked="" type="checkbox"/> 次亜塩素酸トリウム <input type="checkbox"/> 逆性石けん <input type="checkbox"/> グルコン酸コロヘキシジン <input type="checkbox"/> 両性界面活性剤		

次頁へ続く

管 理 理 容 師	フリガナ	ネヤガワ タロウ	住 所	寝屋川市初町〇―〇
	氏 名	寝屋川 太郎		
	免 許 証	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input checked="" type="checkbox"/> 知事（都道府県名    大阪府    ） 番号（第 9999 号）    登録年月日（昭和60年 〇 月 〇 日）		
	修 了 証	都道府県名（    大阪府    ） 番号（    第 999 号）    登録年月日（平成20年 〇 月 〇 日）		
伝染性疾病の有無	有 ・ <input type="checkbox"/> 無			受講した都道府県名を記載してください ※理容師である従業者の数が常時2人以上の場合は、管理理容師を置く必要があります

理 容 師	氏 名	免 許 番	伝 染 性 疾 病 の 有 無
	フリガナ	ネヤガワ ハナコ	<input checked="" type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名    ） （第 1234 号）登録年月日（平成25年 〇月 〇日）
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	寝屋川 次郎	理容師免許を有しない従業者は、こちらに氏名のみを記載してください
-----------	--------	----------------------------------

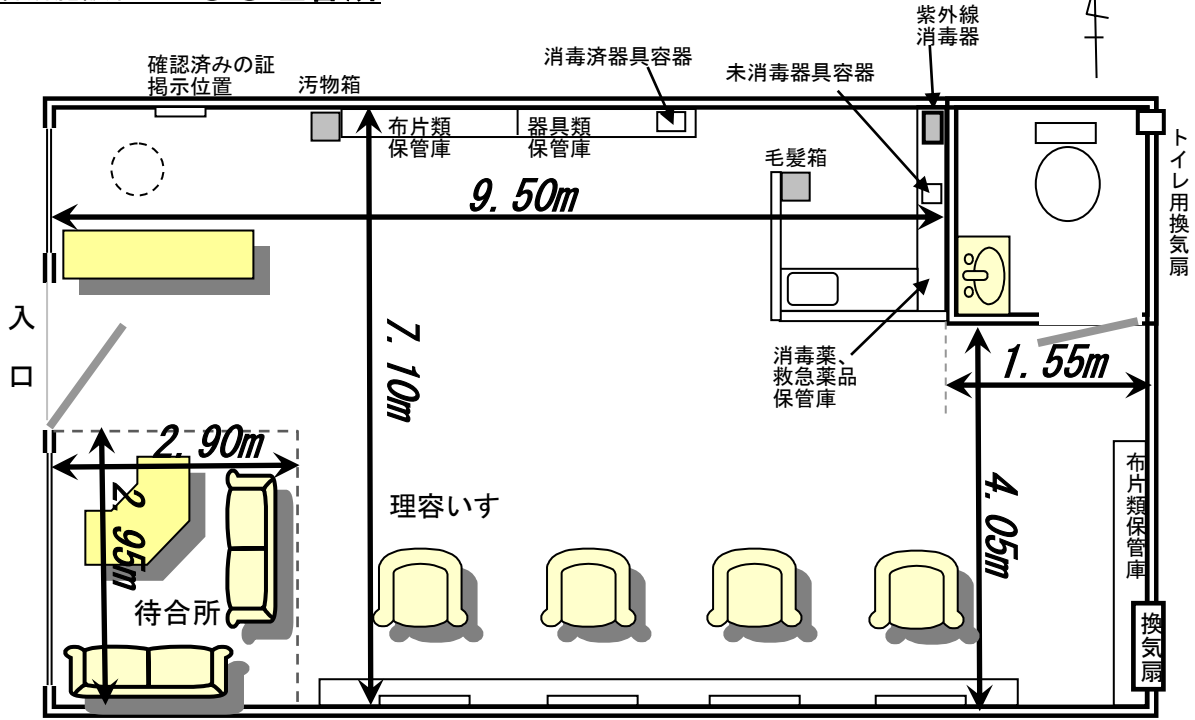
重複開設がある場合	美容所の名称	※同一の施設内に理容所と美容所を併設する場合は、理・美容業に従事する者全員が理容師及び美容師の免許を有する必要があります。 詳細は保健所へお問い合わせください。
	美容所開設予定年月日	

同一施設内で美容所を開設していない又はしない場合は、空欄としてください。

建築平面図等に下記の注意点を追記し、「別紙のとおり」とすることも可

施設の平面図

理容所施設名 ○○理容所



**注意点**

- 作業場、待合所の面積の計算の根拠となる寸法を記入すること  
(寸法は壁の中心から中心までの距離ではなく、室内の実寸法です)  
※ 理容所の面積は、理容いすが3脚までの場合は 13 m<sup>2</sup>以上、  
理容いすが3脚を超える場合は、いす1脚ごとに 3.3 m<sup>2</sup>を加えた数値以上が必要です
- 換気扇、理容いす、毛髪箱、汚物箱、救急薬品、  
消毒済器具容器、未消毒器具容器、流水設備、消毒薬等、  
確認済みの証掲示場所、待合所の位置を明示すること

付近の見取図

インターネット上の地図提供サービスを印刷して「別紙のとおり」とすることも可

