

理容所届出事項変更届

年 月 日

藤沢市保健所長

届出者(法人にあっては、その名称、所在地及び代表者の氏名)

住 所

氏 名

電 話 ()

次のとおり理容所の届出事項を変更したので、理容師法第 11 条第 2 項の規定により届け出ます。

理 容 所	名 称	
	所 在 地	藤沢市
変 更 内 容	変 更 事 項	<input type="checkbox"/> 営業所名称 <input type="checkbox"/> 開設者住所 <input type="checkbox"/> 法人名称 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 構造及び設備 <input type="checkbox"/> 管理理容師 <input type="checkbox"/> 従業者(雇入れ・退職) <input type="checkbox"/> その他 ()
	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 年 月 日		年 月 日

添付書類

- 1 理容師の疾病に係る事項を変更する場合又は理容師を新たに雇い入れた場合は、その者の結核、皮膚疾患等の有無を証する医師の診断書
 - 2 管理理容師の届出の場合は、講習会修了証の写し
 - 3 理容所の名称又は所在地、開設者氏名(法人にあっては名称)の変更の場合は、検査確認済証備考
- 1 理容師を新たに雇い入れた場合は、理容師の免許証(原本)を確認します。

登 記	調査日			公 印	台帳入力 監視票記入 図面取込	起 案	年 月 日
	月 日 ()					決 裁	年 月 日
決 裁	課 長	補 佐	主 査	担 当		施 行	年 月 日
						年 月 日受取	

1 理容師雇い入れの場合

氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
免許	国・() 県 第_____号	国・() 県 第_____号	国・() 県 第_____号
免許取得年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
省令第19条第1項 に規定する疾病の有無	無・有()	無・有()	無・有()
診断書			
免許証			

氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
免許	国・() 県 第_____号	国・() 県 第_____号	国・() 県 第_____号
免許取得年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
省令第19条第1項 に規定する疾病の有無	無・有()	無・有()	無・有()
診断書			
免許証			

2 管理理容師の変更の場合

氏名		生年月日	年 月 日	診断書	
住所					
免許	国・ 県第_____号	取得年月日	年 月 日	免許証	
修了証	第_____号	取得年月日	年 月 日	修了証	
省令第19条第1項に規定する 疾病の有無		無・有()			

3 退職の場合

氏名		氏名	
氏名		氏名	
氏名		氏名	