様式第１号

美 容 所 開 設 届

令和　　　年　　　月　　　日

（宛先）福岡市　　保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付印 | 開設者 | 住　所　〒  ふりがな  氏　名  Ｓ・Ｈ　　　年　　　月　　　日生  電話番号 |
|  | ※ 法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名 | | |

　次のとおり美容所を開設したいので、美容師法第１１条第１項の規定により届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設の名称 | 電話番号 | |
| 施設所在地 | 〒  福岡市　　　　区 | □移動美容所  　福岡市内一円 |
| □福岡市美容師法施行条例第３条第４号のただし書に該当する施設  （営業形態　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 開設予定年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| （理容所に重複開設する場合） | | |
| 理容所の名称 |  | |
| 開設（予定）年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 備考 | 営業時間：　午前　時分～午後　時分  定休日：　なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　）  まつ毛エクステンション施術：　なし　・　あり  ネイル施術：　なし　・　あり（ 美容師 ・ 美容師以外 ） | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理美容師 | ふりがな  氏　　　名 | 住　　　所 | 修了年月日 |
| 修了番号 |
|  | 〒 | 年　月　日 |
| 県 第　　　号 |
|  | 〒 | 年　月　日 |
| 県 第　　　号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | １　美容所の平面図及び付近の見取図  ２　管理美容師を置かなければならない美容所にあっては、法第１１条の４第２項の講習会の修了証書  ３　美容師全員の美容師免許証又は美容師免許証明書  ４　結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性の疾病の有無に関する医師の診断書  ５　法人にあっては、履歴事項全部証明書又は現在事項全部証明書  ６　外国人にあっては、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る。）  　　（※原本持参）  ７　その他保健所長が必要と認める書類 |

□ 上記２～４について、原本と相違ないことを確認しました。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本件を確認し、検査確認済通知書を交付してよろしいか。 | | | | |  | 令和　 年　 月　 日 | |
| 起案日 令和　　年　　月　　日  決裁日 令和　　年　　月　　日  施行日 令和　　年　　月　　日 | 所長 | 課長 | 係長 | 担当者 | 手　数　料  ￥16,000円  納　入　金 | 取扱者 |
|  |  |  |  |  |
| コード |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出日 | 年　 月　 日 | 確認日 | 年　 月　 日 | 確認番号 | 福　 保環 第　　　　　　号 |

構造及び設備の概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 構  造 | 作  業  所 | 面積 | ㎡ | | | | | | 天井の高さ | | | ｍ |
| 美容用椅子 | 脚 | | | | | | 美容用椅子の間隔 | | | ｍ |
| 床の材料 | □コンクリート　 □タイル　 □合成樹脂　 □板　 □その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 腰板 | □コンクリート　 □タイル　 □合成樹脂　 □板　 □その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 洗  場 | 洗髪設備 | □要　・　□不要 | | | | | | | | | |
| 面積 | ㎡　□兼用 | | | | | | 腰板の高さ | | | ｍ |
| 腰板 | □コンクリート　 □タイル　 □合成樹脂　 □板　 □その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 洗髪用椅子 | 脚 | | | | |  | | | | |
| 洗髪様式 | □前洗面　　□後洗面　　　　□その他（　　　　） | | | | | | | | | |
| 待合場所 | 面積 | ㎡ | | | | | |  | | | |
| 区画の有無 | 有　・　無 | | | | | | | | | |
| 美容用椅子と待合用椅子との間隔 | | | ｍ | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | | |
| 設  備 | 消毒設備 | | □紫外線消毒器  □消毒液器  （　　　　　　　　　） | | | | □蒸気消毒器  □その他  （　　　　　　　　　） | | | | | |
| 保管容器 | | 布片用 | 有　・　無 | | | | | 接皮器具用 | | 有　・　無 | |
| 換気方法 | | □人工（設備の種類　　　　　　　　　　　　　）　・　□自然 | | | | | | | | | |
| 救急薬品 | | 有　・　無 | | | 汚物箱及び毛髪箱 | | | | | 有　・　無 | |
| 移動 | 車名型式 | |  | | | 給水タンク | | | | ℓ | | |
| 車台番号 | |  | | | 排水タンク | | | | ℓ | | |
| 車両番号 | |  | | |  | | | | | | |
| 備  考 |  | | | | | | | | | | | |

従業者氏名・免許番号等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名  生年月日 | 免許 | 免許登録年月日  免許番号 | 結核、皮膚疾患  その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患の有無 | 備考 |
| Ｓ・Ｈ 年　　月　　日 | 有・無 | Ｓ・Ｈ・R　年　　月　　日  第　　　　　　　　号 | □有（　　　　　　　　　　）  □無 |  |
| Ｓ・Ｈ 年　　月　　日 | 有・無 | Ｓ・Ｈ・R　年　　月　　日  第　　　　　　　　号 | □有（　　　　　　　　　　）  □無 |  |
| Ｓ・Ｈ 年　　月　　日 | 有・無 | Ｓ・Ｈ・R　年　　月　　日  第　　　　　　　　号 | □有（　　　　　　　　　　）  □無 |  |
| Ｓ・Ｈ 年　　月　　日 | 有・無 | Ｓ・Ｈ・R　年　　月　　日  第　　　　　　　　号 | □有（　　　　　　　　　　）  □無 |  |
| Ｓ・Ｈ 年　　月　　日 | 有・無 | Ｓ・Ｈ・R　年　　月　　日  第　　　　　　　　号 | □有（　　　　　　　　　　）  □無 |  |