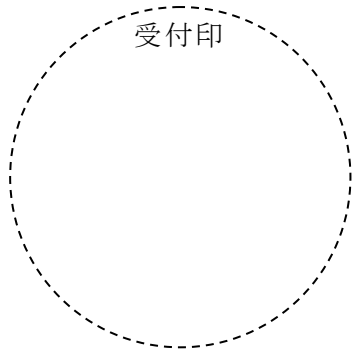


美容所開設届

令和 年 月 日

(宛先) 福岡市保健所長



住所 〒

開設者

ふりがな

氏名

S・H 年 月 日生

電話番号

※ 法人にあつては、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	<input type="checkbox"/> 移動美容所 福岡市内一円	
<input type="checkbox"/> 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つては、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 法人にあつては、履歴事項全部証明書又は現在事項全部証明書 6 外国人にあつては、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	課長	係長	担当者	手数料	取扱者	
決裁日	令和 年 月 日				¥16,000円		
施行日	令和 年 月 日				納入金		
						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	業 所	面 積	m ²		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	<input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> タイル <input type="checkbox"/> 合成樹脂 <input type="checkbox"/> 板 <input type="checkbox"/> その他()				
		腰 板	<input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> タイル <input type="checkbox"/> 合成樹脂 <input type="checkbox"/> 板 <input type="checkbox"/> その他()				
	洗 場	洗 髪 設 備	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要				
		面 積	m ² <input type="checkbox"/> 兼用		腰板の高さ	m	
		腰 板	<input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> タイル <input type="checkbox"/> 合成樹脂 <input type="checkbox"/> 板 <input type="checkbox"/> その他()				
		洗髪用椅子	脚				
		洗 髪 様 式	<input type="checkbox"/> 前洗面 <input type="checkbox"/> 後洗面 <input type="checkbox"/> その他()				
	待 合 場 所	面 積	m ²				
		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	<input type="checkbox"/> 紫外線消毒器 <input type="checkbox"/> 蒸気消毒器 <input type="checkbox"/> 消毒液器 <input type="checkbox"/> その他 () ()					
	保 管 容 器	布片用	有 ・ 無		接皮器具用	有 ・ 無	
	換 気 方 法	<input type="checkbox"/> 人工(設備の種類) ・ <input type="checkbox"/> 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 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	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	
S・H 年 月 日	有・無	S・H・R 年 月 日 第 号	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	
S・H 年 月 日	有・無	S・H・R 年 月 日 第 号	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	
S・H 年 月 日	有・無	S・H・R 年 月 日 第 号	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	
S・H 年 月 日	有・無	S・H・R 年 月 日 第 号	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	