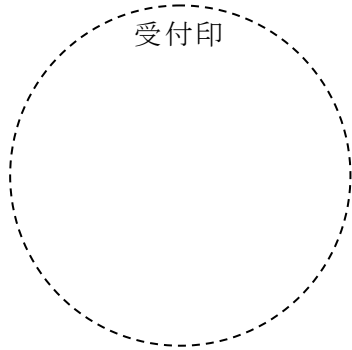


理容所開設届

令和 年 月 日

(宛先) 福岡市保健所長



受付印

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

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

施設名称	電話番号	
施設所在地	〒 福岡市 区	<input type="checkbox"/> 移動理容所 福岡市内一円
<input type="checkbox"/> 福岡市理容師法施行条例第3条第4号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	
(美容所に重複開設する場合)		
美容所の名称		
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 ()	

管理理容師	ふりがな	住所	修了年月日
	氏名		修了番号
		〒	年 月 日
		〒	県 第 号
			令和 年 月 日
			県 第 号

添付書類	1 理容所の平面図及び付近の見取図 2 管理理容師を置かなければならない理容所にあつては、法第11条の4第2項の講習会の修了証書 3 理容師全員の理容師免許証又は理容師免許証明書 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り。 (※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。			
起案日	令和 年 月 日	課長	係長
決裁日	令和 年 月 日		
施行日	令和 年 月 日		

令和 年 月 日
手数料
¥16,000円
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 及 設備	作業 所	面 積	m ²	天井の高さ	m	
		理容用椅子	脚	理容用椅子の間隔	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			
		理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	