

美容所開設届

令和 5年 5月 1日

(宛先) 福岡市保健所長

受付印

住所 〒810-8620

福岡市中央区天神一丁目8番1号

開設者

ふりがな ふくおか たろう

氏名 福岡 太郎

昭和 50年 5月 5日生

電話番号 092-000-XXXX

開設者の連絡先

開設者住所は、自宅住所
(法人の場合は本社所
在地)を記入します。
(店舗の住所ではあり
ません。)

※ 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	〇〇〇〇美容室		電話番号	092-△△△-△△△
施設所在地	〒814-0103 福岡市 〇〇 区 ××五丁目2番25号	施設所在地		
□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 5年 5月 10日			
(理容所に重複開設する場合)				
理容所の名称	〇〇〇〇理容所			
開設(予定)年月日	令和 5年 5月 10日			
備考	営業時間： 午前 10時00分～午後 8時00分 定休日： なし あり (毎週月曜日, 第一・第三火曜日) まつ毛エクステンション施術： なし あり			

管理美容師	ふりがな	住所	修了年月日
	氏名		修了番号
	ふくおか じろう 福岡 次郎	〒812-8514 福岡市博多区博多駅前2-9-3	平成25年3月1日 福岡県第123号
		〒	月 日 号

管理美容師本人の自宅住所を記入します。(店舗の住所ではありません。)

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、 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	月 日
起案日 令和	取扱者
決裁日 令和	
施行日 令和	納入金
	コード

2～4の添付書類について、開設者自身が原本確認を行い、チェック欄にし点を記入してください。

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	25.5 m ²		天井の高さ	2.5 m		
		美容用椅子	4 脚		美容用椅子の間隔	1.0 m		
		床の材料	<input type="checkbox"/> コンクリート <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要					
		面積	8.5 m ² <input type="checkbox"/> 兼用		腰板の高さ	1.0 m		
		腰板	<input checked="" 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	2 脚					
		洗髪様式	<input type="checkbox"/> 前洗面 <input checked="" type="checkbox"/> 後洗面 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	待合場所	面積	2.8 m ²					
		区画の有無	有 ・ 無					
		美容用椅子と待合用椅子との間隔	4.0 m					
その他								
設備	消毒設備	<input checked="" type="checkbox"/> 紫外線消毒器 <input type="checkbox"/> 蒸気消毒器 <input checked="" type="checkbox"/> 消毒液器 <input type="checkbox"/> その他 (<i>エタノール, 次亜塩素酸ナトリウム</i>) ()						
	保管容器	布片用	有 ・ 無		接皮器具用	有 ・ 無		
	換気方法	<input checked="" type="checkbox"/> 人工 (設備の種類 <i>エアコン, 換気扇</i>) ・ <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	0				
	車台番号		排水タンク	0				
	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
<i>てんじん はなこ</i> <i>天神 花子</i> <input checked="" type="checkbox"/> S・H 60年 1月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	<i>S・H・R</i> 4年 1月 23日 福岡県 第 123号	<input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" 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	