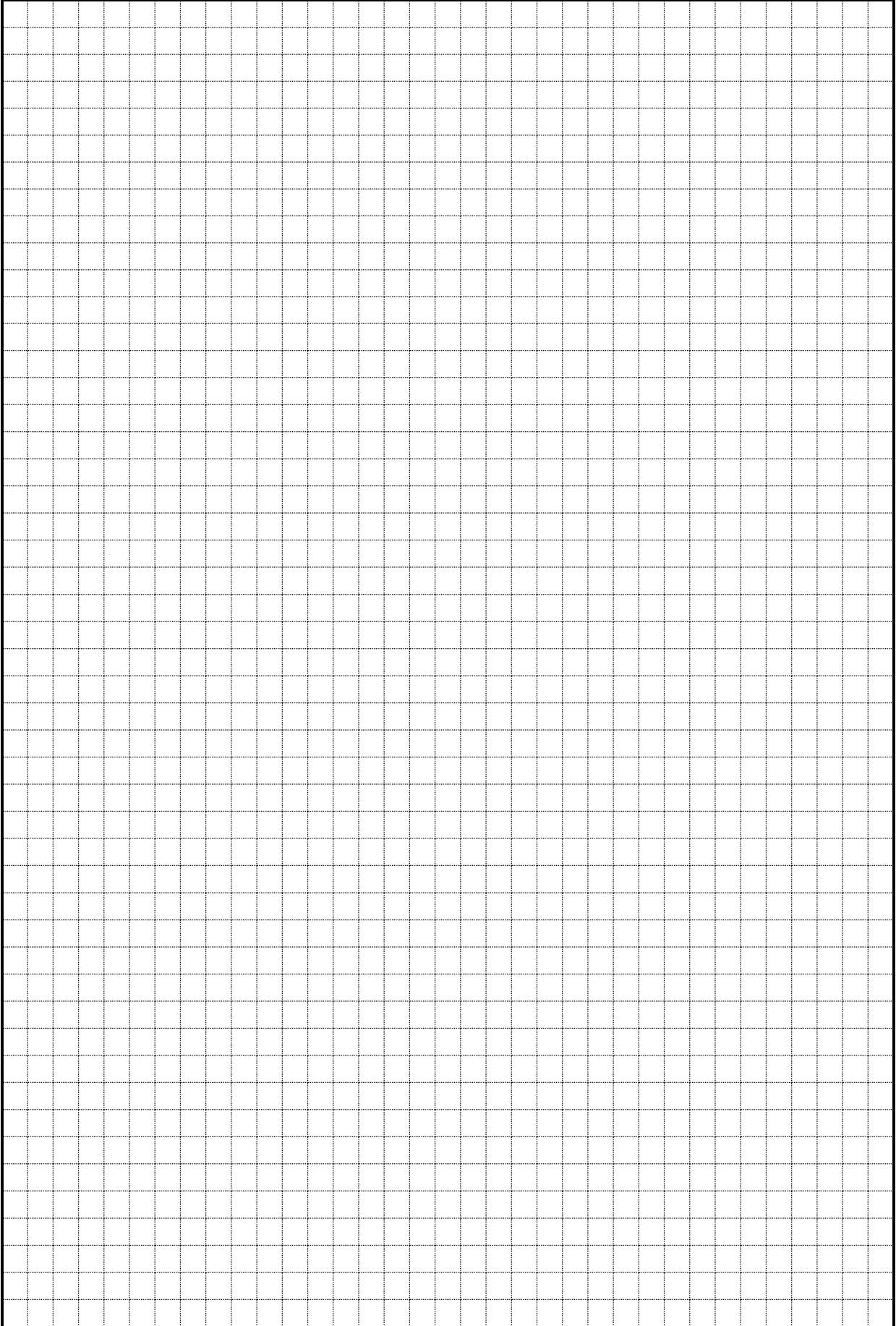


岐阜県	保健所長様	年	月	日					
住所									
氏名 <small>（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）</small>									
電話									
理 容 所 開 設 届 出 書									
次のとおり理容所を開設したいので、理容師法第11条第1項の規定により届け出ます。									
開設者	住 所	〒 _____ (電話 _____)							
	氏名又は名称	_____ (法人にあつては、代表者氏名： _____)							
開設する 理容所	名 称	_____							
	所 在 地	〒 _____ (電話 _____)							
管 理 理 容 師	住 所	<input type="checkbox"/> 開設者と同じ。 / 〒 _____							
	氏 名	<input type="checkbox"/> 開設者と同じ。 / _____							
	登 録 番 号	大臣 第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日 都道府県							
	講 習 会 修 了	第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日							
開設予定 年月日	年	月	日	※確認年月日	年	月	日		
				※廃業年月日	年	月	日		
重複開設 美容所	名 称	<input type="checkbox"/> 理容所と同じ。 / <input type="checkbox"/> 他 _____							
	施設電話番号	<input type="checkbox"/> 理容所と同じ。 / <input type="checkbox"/> 他 _____							
重複開設 予定年月日	<input type="checkbox"/> 既開設					※確認年月日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 予定 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)					※廃業年月日	年	月	日

構造及び設備の概要	
作業場	総面積 : m ² 作業場 : m ² (基準: 10 m ² 以上) 待合所 : m ² 理容用椅子 : 脚 (基準: (作業場面積-3.4) ÷ 3.3 台以下) 床材料 (不浸透性): コンクリート、タイル、リノリウム、板、その他 () 腰板 (不浸透性): コンクリート、タイル、リノリウム、板、その他 () 従事者専用手洗設備: 台
洗髪設備	洗髪専用設備 : 陶器製 箇所、その他 () 箇所 給湯設備 : 有 ・ 無 使用水 : 水道水、井戸水、その他 () 排水 : 下水道、その他 ()
洗浄・消毒設備	洗い場 (流水装置) : 陶器製 箇所、その他 () 箇所 給湯設備 : 有 ・ 無 使用水 : 水道水、井戸水、その他 () 排水 : 下水道、その他 () 紫外線消毒器 : 台 煮沸消毒器 : 台 蒸気消毒器 : 台 薬品消毒 エタノール : 有 ・ 無 次亜塩素酸ナトリウム : 有 ・ 無 逆性石ケン : 有 ・ 無 グルコン酸クロロヘキシジン : 有 ・ 無 両性界面活性剤 : 有 ・ 無
附帯設備	汚物箱 (蓋付き) : 個 毛髪箱 (蓋付き) : 個 外傷に対する救急処置に必要な薬品及び衛生材料 : 有 ・ 無 皮膚に接する器具類を、消毒済みのものと未消毒のものを区別するために必要な収納ケース等 : 有 ・ 無 消毒済品用容器 : 個 未消毒品用容器 : 個
採光換気	換気 (基準: 炭酸ガスの量 5 cm ³ /L 以下) 換気窓 ・ 換気扇 (台) ・ 空気調和設備 (台) 照明 (基準: 作業面の照度 100 ルクス以上) 蛍光灯 : ワット 本 ・ ワット 本 ・ ワット 本 電灯 : ワット 個 ・ ワット 個 ・ ワット 個 LED : ワット 個 ・ ワット 個 ・ ワット 個

理 容 所 の 平 面 図



従業者名簿

	氏名	登録番号	
		講習会修了	
		大臣・都道府県 第 号 年 月 日	第 号 年 月 日
理容師	1	大臣・都道府県 第 号 年 月 日	第 号 年 月 日
	2	大臣・都道府県 第 号 年 月 日	第 号 年 月 日
	3	大臣・都道府県 第 号 年 月 日	第 号 年 月 日
	4	大臣・都道府県 第 号 年 月 日	第 号 年 月 日
	5	大臣・都道府県 第 号 年 月 日	第 号 年 月 日
	6	大臣・都道府県 第 号 年 月 日	第 号 年 月 日
	7	大臣・都道府県 第 号 年 月 日	第 号 年 月 日
	8	大臣・都道府県 第 号 年 月 日	第 号 年 月 日
	9	大臣・都道府県 第 号 年 月 日	第 号 年 月 日
	10	大臣・都道府県 第 号 年 月 日	第 号 年 月 日
理容師 以外の 従業者	氏 名		
	1	6	
	2	7	
	3	8	
	4	9	
	5	10	

注1 不要の箇所は、抹消すること。

2 ※印欄は、記入しないこと。

3 添付書類

- (1) 理容師については、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に関する医師の診断書及び管理理容師たる資格をも有する者にあつてはその資格を証する書類
- (2) 外国人が届出をするに当たっては、(1)の書類のほか、住民票の写し(住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限る。)