第１号様式（第２条関係）

|  |
| --- |
|  年　　　月　　　日 岐阜県　　　　　　保健所長様住所氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）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 | □開設者と同じ。　／　〒　　　 -　 　　  |
| 氏 名 |  □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 | □理容所と同じ。　／□他 |
| 施設電話番号　 | 　□理容所と同じ。　／□他　　　　　　　　―　　　　　― |
| 重複開設予定年月日 |  □既開設  □予定（　　　　　　　年　　　月　　　日） | ※確認年月日 |  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 ： ㎡作　業　場 ： ㎡　（基準：10㎡以上）　 待　合　所 ： ㎡　　 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、リノリューム、板、その他（　　　　　　　）腰　板（不浸透性）：コンクリート、タイル、リノリューム、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　　　・　　　無グルコン酸クロルヘキシジン： 　　 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㎤／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 |
| 理 容 師 |  | 氏名 | 登録番号 |
| 講習会修了 |
| 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病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つては、（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。）