**理容所開設届**

年　　　月　　　日

倉敷市保健所長　　様

|  |
| --- |
| 届出者（開設者） |
| 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） |  |
| 氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） |  |
| 電話番号 |  |

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。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな理容所の名称 |  |
| 理容所の所在地 |  | 電話番号 |  |
| 開設予定日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

構造設備の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 理容所の面積 | ｍ２ | 作業場の床の材質 |  |
| 理容いす | 台 | 洗髪設備 | 台 |
| 汚物箱、毛髪箱 | 個 | 換気設備 | 換気扇　　窓　　通気口 |
| 器具等の洗場 | 箇所 | 照明設備 | 採光窓　　照明器具 |
| 消毒方法 | エタノール　　煮沸　　次亜塩素酸ナトリウム紫外線照射　　蒸気　　逆性石鹸　　その他（　　　　　　　　　　） |
| 消毒設備 | 浸漬用容器　　計量器具　　機器 |
| 消毒済物品の格納場所 |  |
| 未消毒物品の格納場所 |  |

同一の場所で開設する美容所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 美容所との重複開設の有無 | 有　無 | 名称 |  |
| 開設予定日 | 　　　　　年　　　 月　　日 |

（添付書類）

１　店舗の平面図

２　理容師にあっては、理容師免許証の写し及び医師の診断書

３　管理理容師にあっては、それを証する書類の写し

４　開設者が外国人の場合は、国籍等が記載された住民票の写し

（備考）　選択肢がある欄は、該当するものを〇で囲むこと。

（次ページへ続く）

※保健所記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査日時 | 　　　年　　月　　日　　時　　分 | 確認証交付 | 手交　　郵送（開設者　理容所） |

理容師及びその他の従業者

理容師：　　　名、　その他の従業者：　　　名

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名等 | 免許等 |
| 管理理容師 | 住所 |  | 理容師免許（理容師名簿） |
| 登録番号 | 第　　　　　号  |
| 管理理容師認定講習 |
| 氏名 |  | 修了証番号 | 第　　　　　号  |
| 修了年月日 | 年　　月　　日  |
| 伝染性疾病 | 有　　　無 |
| 従業理容師及びその他の従業者 | 氏名 |  | 理容師 | 登録番号 | 　　　第　　　　　　号 |
| 伝染性疾病 | 有　　　無 |
| その他の従業者 |
| 氏名 |  | 理容師 | 登録番号 | 　　　第　　　　　　号 |
| 伝染性疾病 | 有　　　無 |
| その他の従業者 |
| 氏名 |  | 理容師 | 登録番号 | 　　　第　　　　　　号 |
| 伝染性疾病 | 有　　　無 |
| その他の従業者 |
| 氏名 |  | 理容師 | 登録番号 | 　　　第　　　　　　号 |
| 伝染性疾病 | 有　　　無 |
| その他の従業者 |
| 氏名 |  | 理容師 | 登録番号 | 　　　第　　　　　　号 |
| 伝染性疾病 | 有　　　無 |
| その他の従業者 |
| 氏名 |  | 理容師 | 登録番号 | 　　　第　　　　　　号 |
| 伝染性疾病 | 有　　　無 |
| その他の従業者 |
| 氏名 |  | 理容師 | 登録番号 | 　　　第　　　　　　号 |
| 伝染性疾病 | 有　　　無 |
| その他の従業者 |
| 氏名 |  | 理容師 | 登録番号 | 　　　第　　　　　　号 |
| 伝染性疾病 | 有　　　無 |
| その他の従業者 |
| 氏名 |  | 理容師 | 登録番号 | 　　　第　　　　　　号 |
| 伝染性疾病 | 有　　　無 |
| その他の従業者 |
| 氏名 |  | 理容師 | 登録番号 | 　　　第　　　　　　号 |
| 伝染性疾病 | 有　　　無 |
| その他の従業者 |

（備考）「従業理容師及びその他の従業者」欄については、「理容師」又は「その他の従業者」のいずれか該当するものを〇で囲むこと。