

出張理容・出張美容開始届

年 月 日

倉敷市保健所長 様

届出者 住 所

ふりがな

氏 名

電話番号 () -

次のとおり出張理容美容を行うので、倉敷市出張理容・出張美容に関する取扱要領第2の1の規定により届け出ます。

出張 理容 美容 師	住 所	届出者に同じ		
	氏 名	届出者に同じ		
	免許証番号及び登録年月日	第 号	年 月 日	
業務対象者 (理容所又は美容所に来ることのできない者であること。)		<input type="checkbox"/> 疾病その他の理由により、理(美)容所に来ることができない者 <input type="checkbox"/> 婚礼その他の儀式に参列する者 <input type="checkbox"/> 留置施設等に收容されている者 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設等に入所している者		
業務予定年月日		年 月 日 ~ 年 月 日		
備 考	所属法人 又は団体等	名 称		
		所在地	TEL	
	出張先	名 称		
		所在地	TEL	
		名 称		
		所在地	TEL	

衛生措置の確保及び使用する器具等の消毒方法の概要等

(平成19年10月4日付け厚生労働省通知「出張理容・出張美容に関する衛生管理要領」に基づく措置)

消毒方法	<input type="checkbox"/> エタノール <input type="checkbox"/> 煮沸 <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム <input type="checkbox"/> 紫外線照射 <input type="checkbox"/> 蒸気 <input type="checkbox"/> 逆性石鹼 <input type="checkbox"/> その他 ()
携行品	<input type="checkbox"/> 器具収納容器 <input type="checkbox"/> 使用済み器具収納容器 <input type="checkbox"/> 救急処置用薬品 <input type="checkbox"/> 手洗い用石けん・消毒液 <input type="checkbox"/> 消毒された布片類・タオル及びこれらを収納できるもの

(添付書類等)

- 1 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
- 2 理容師又は美容師免許証の写し