

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（法人にあつては、
主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、
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	m ²	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 紫外線照射	煮沸 蒸気	次亜塩素酸ナトリウム 逆性石鹼 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 理容師にあつては、理容師免許証の写し及び医師の診断書
- 3 管理理容師にあつては、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○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）	
	氏名	登録番号	第 _____ 号
		管理理容師認定講習	
		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

れか該当するものを○で囲むこと。