|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 保　健　所　収　受　印 |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 　　　　年　　　月　　　日　　品川区保健所長　あて開設者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　(　　　　)　　　　　　　　　　　　　　(法人の場合は、その所在地、名称および代表者氏名)理･ 美容所(従業者)変更届　下記のとおり、本施設(従業者)を変更したので、理容師法･美容師法第11条第2項の規定により届け出ます。記　1　施設の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2　施設の所在地　　　品川区　　　　　　　丁目　　　番　　　号　　電話　　　(　　　　)　　　　　　　3　変更事項　　従業者次のとおり |
| 氏名生年月日 | 免許 | 従業(雇用)年月日 | 伝染性疾病 | 備考 |
| 取得都道府県 | 年月日 | 照合印 | り患年月日 |
| 異動(退職)年月日 |
| 番号 | 治癒年月日 |
| ・　　・　　生 | 　 | ・　・ | 　 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| ・　　・　　生 | 　 | ・　・ | 　 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| ・　　・　　生 | 　 | ・　・ | 　 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| ・　　・　　生 | 　 | ・　・ | 　 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| ・　　・　　生 | 　 | ・　・ | 　 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 添付書類　1　次のいずれかに該当する場合は、当該理･美容師に係る結核、伝染性皮膚疾患の有無に関する医師の診断書　　　　　　(1)　理･美容師を新たに使用する場合　　　　　　(2)　理･美容師が疾病にり患した場合　　　　　　(3)　理･美容師の疾病が治癒した場合　　　　　2　管理理･美容師の場合は、それを証する書類 |