

平成 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、名称及び代表者氏名)

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 番 号	照 合 印	異動(退職)年月日	り 患 年 月 日 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、伝染性皮肤病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

			保 健 所 収 受 印