|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 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 | | | | | | |