

美容所開設届

〇〇年〇〇月〇〇日

船橋市保健所長 あて

住所 〇〇県〇〇市X-X-X

氏名 株式会社 〇〇〇〇

代表取締役 〇〇〇〇

〔 法人にあつては、その名称、所在地
及び代表者の氏名 〕

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

美容所を開設するので、美容師法第11条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

美容所	名称	美容室〇〇〇
	所在地	船橋市 〇〇町〇〇〇 〇〇ビル〇〇〇号室 電話番号 047-000-0000
管理美容師	氏名	
	住所	
構造及び設備の概要		別紙のとおり
美容師の氏名及び登録番号 並びにその他の従業者の氏名		別紙のとおり
美容師につき、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		無・有
開設予定年月日		〇〇年 〇〇月 〇〇日
重複開設を 行う場合	理容所の名称	
	開設予定年月日	

確認書の受取方法 レターパックで郵送

窓口で受取

番号控え：

受取日：

署名：

*郵送をご希望の方は事前にレターパックをご用意ください

美容所従業者一覧表

資格の別	氏名	免許番号			保健所確認欄	
					疾病	免許
<input type="checkbox"/> 管理美容師 <input type="checkbox"/> 美容師 <input type="checkbox"/> 無免許者	船橋 太郎	免許	千葉県 国都道府県	第〇〇〇〇〇〇号	無	月 日
		管理	千葉県 国都道府県	△△△第△△△号	有	印
<input type="checkbox"/> 管理美容師 <input type="checkbox"/> 美容師 <input type="checkbox"/> 無免許者	船橋 花子	免許	国都道府県	第××××××号	無	月 日
		管理	厚生労働大臣の免許は 国 に ○ 号		有	印
<input type="checkbox"/> 管理美容師 <input type="checkbox"/> 美容師 <input type="checkbox"/> 無免許者		免	国	第 号	無	月 日
					号	有
<input type="checkbox"/> 管理美容師 <input type="checkbox"/> 美容師 <input type="checkbox"/> 無免許者				号	無	月 日
				号	有	印
<input type="checkbox"/> 管理美容師 <input type="checkbox"/> 美容師 <input type="checkbox"/> 無免許者				号	無	月 日
				号	有	印
<input type="checkbox"/> 管理美容師 <input type="checkbox"/> 美容師 <input type="checkbox"/> 無免許者				号	無	月 日
		管理	都道府県	第 号	有	印
<input type="checkbox"/> 管理美容師 <input type="checkbox"/> 美容師 <input type="checkbox"/> 無免許者		免許	国都道府県	第 号	無	月 日
		管理	都道府県	第 号	有	印
<input type="checkbox"/> 管理美容師 <input type="checkbox"/> 美容師 <input type="checkbox"/> 無免許者		免許	国都道府県	第 号	無	月 日
		管理	国都道府県	第 号	有	印

届出時、以下のものをご用意ください。

- ・美容師免許証**原本**
- ・管理美容師資格認定講習会修了証書**原本と写し**
- ・健康診断書

〔 結核、伝染性皮膚疾患に関する医師の診断書 〕
発行 1 ヶ月以内のもの

備考

- 1 資格の別の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 2 持参書類
 - ・美容師免許証(原本)
 - ・管理美容師資格認定講習会の修了証書(原本及びコピー)
 - ・美容師の健康診断書(結核、伝染性皮膚疾患に関する医師の診断書、発行1カ月以内のもの)