

記載日

令和3年 4月12日

保健所長 あて

開設者住所 東京都葛飾区金町七丁目 18 番 25 号

開設者が法人の場合:
株式会社〇〇〇〇
代表取締役 XX XX

氏 名 青戸 ゆかり

電話 (36XX) 1234

(法人の場合は、その所在地、名称及び代表者氏名)

理容所 (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、理容師法第 1 1 条第 2 項の規定により届け出ます。

記

- 1 施設の名称 ボンジュール亀有店
- 2 施設の所在地 西亀有六丁目 7 番 8 号 電話 (36XX) 5678
- 3 変更事項 従業者次のとおり

氏 名 生 年 月 日	免 許		照 合 印	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		異 動 (退 職) 年 月 日	り 患 年 月 日 治 癒 年 月 日	
堀切 はるか H12・6・24 生	厚生労働 大臣	R2・10・15 567890		R3年 4月 1日 年 月 日	年 月 日 年 月 日	
立石 ことり H11・9・1 生		・ ・		年 月 日 R3年 3月 31日	年 月 日 年 月 日	
・ 生				年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日	
異動 (退職) した方 ・ ・ 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	

新規雇用された方

管理理容師の場合、
修了日と番号を記入

添付書類 1 次のいずれかに該当する場合は、当該理容師に係る伝染性疾病の有無に関する医師の診断書

- (1) 理容師を新たに使用する場合
- (2) 理容師が疾病にり患した場合
- (3) 理容師の疾病が治癒した場合

2 管理理容師の場合は、それを証する書類