

年 月 日

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 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 _____ 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 ----- 異動(退職)年月日	伝 染 性 疾 病	備 考
	取 得 都道府県	年 月 日 ----- 番 号	照 合 印		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	
・ ・ 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、当該理容師に係る伝染性疾患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