

# 理 容 所 開 設 届

広島市保健所長 宛

受付印
-----

〒 \_\_\_\_\_ 開設者住所  
 (電話番号) ( \_\_\_\_\_ ) ※押印は不要です。  
 開設者氏名 \_\_\_\_\_  
 (法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名)  
 ※ 法人の場合、電話番号は情報公開の対象です。

次のとおり届け出ます。

理容所の名称			
理容所の所在地	〒 _____ ビルの名称・階 ( _____ ) 広島市 _____ 区		
理容所の電話番号	_____ ※ 理容所の電話番号は、情報公開の対象です。 個人の携帯電話番号等を併用している場合はご注意ください。		
開設予定年月日	年 月 日	構造設備の概要	別紙のとおり
理容師	氏名	登録番号	結核、皮膚疾患その他の伝染性疾患
		大臣・( ) 都道府県第 _____ 号	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		大臣・( ) 都道府県第 _____ 号	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		大臣・( ) 都道府県第 _____ 号	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
管理理容師	氏名	住所	
その他の従事者氏名			
同一の場所で開設する美容所がある場合	名称	開設予定の場合は、その年月日	
		年 月 日	

《添付書類》

- 施設の平面図
- 理容師の健康診断書（写しでも可）（結核・皮膚疾患の有無に関するもの）
- 理容師の免許証又は免許証明書の写し
- 理容師が2人以上いる場合は、管理理容師の講習会修了証の写し
- 開設者が法人の場合は、登記事項証明書（写しでも可）
- 外国人が開設者となる場合は、住民票の写し（コピーでも可）

◎ここから下には記入しないでください。

特記事項	施設調査年月日 . . . . . <input type="checkbox"/> 届出記載事項と相違ない。 <input type="checkbox"/> 届出記載事項以外の基準に適合する。	監視員	確認年月日 . . . . . 広島市指令理確第 _____ 号
------	--	-----	-------------------------------------

(受付)

(伺い)

台帳処理	係	係	係長	課長	照合	公印
/	/	/	/	/	/	/