

(表)

年 月 日

(あて先) 八戸市保健所長

郵便番号
申請者 住 所
氏 名
(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)
電話番号

理容所開設届出書・理容所検査申請書

理容所を開設したいので、理容師法第11条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。併せて、同法第11条の2の規定による理容所の検査を申請します。

理容所	名 称				
	所在地				
管 理 理容師	住 所				
	氏 名				
理容所の構造 及び設備の概要	店舗の面積	作業室	m ²	待合所	m ²
	床の構造	コンクリート ・ タイル ・ 耐水化粧板 その他 ()			
	腰板の構造	コンクリート ・ タイル ・ 耐水化粧板 その他 ()			
	作業室の照明	蛍光灯 ・ 白熱灯 ・ LED その他 () W ・ ルーメン 個 W ・ ルーメン 個			
	換気方法	自然換気 (窓の開閉が自由) 箇所 動力換気 (エアコン 台 換気扇 台)			
	理容椅子又は セット椅子	台	洗 髪 設 備	台	
	消 毒 設 備	紫外線消毒器 台 蒸気消毒器 台			
		薬品消毒 (使用薬品名:)			
		消毒バット 個 薬液量計 (ml 個 ml 個)			
		手指洗浄消毒設備 (有 ・ 無)			
	格 納 設 備	消毒済器具 箇所 『消毒済』の表示 (有 ・ 無)			
未消毒器具 箇所 『未消毒』の表示 (有 ・ 無)					
ふた付毛髪箱	個	応急薬品一式	有 ・ 無		
ふた付汚物箱	個	排 水 先	下水道 ・ 浄化槽 ・ その他		

(裏)

従業者	氏名	登録番号	摘要 〔理容師につき、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がある場合は、その旨〕

開設予定年月日	年 月 日
同一の場所で現に開設している美容所の名称	
同一の場所で開設しようとしている美容所の開設予定年月日	年 月 日

添付書類

- 1 理容所の平面図
- 2 理容師についての結核、皮膚疾患等の疾病の有無に関する医師の診断書
- 3 理容師法第11条の4第1項に規定する理容所の開設の届出をする場合にあっては、管理理容師が同条第2項の規定に該当する者であることを証明する書類
- 4 外国人が開設の届出をする場合にあっては、住民票の写し（住民基本台帳法第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限る。）

- 注1 「管理理容師」の欄は、理容師法第11条の4第1項に規定する理容所を開設する場合に記入すること。
- 2 「同一の場所で現に開設している美容所の名称」の欄は、開設しようとする理容所と同一の場所で現に開設している美容所がある場合に記入すること。
 - 3 「同一の場所で開設しようとしている美容所の開設予定年月日」の欄は、開設しようとする理容所と同一の場所で開設しようとしている美容所がある場合（美容師法第11条第1項の届出をしている場合又は当該届出を当該理容所の開設の届出と同時にする場合に限る。）に記入すること。
 - 4 用紙の大きさは、A4縦長とする。