第１号様式（第２条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日  岐阜県　　　　　　保健所長様  住所  氏名  （法人にあつては、名称及び代表者の氏名）  電話  理　容　所　開　設　届　出　書  次のとおり理容所を開設したいので、理容師法第１１条第１項の規定により届け出ます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開　設　者 | | | | | | 住 所 | | | | | | 〒　　　 -  （電話　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名又は名称 | | | | | | （法人にあつては、代表者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開設する  理　容　所 | | | | | | 名 称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | | | | 〒　　　 -　 　　  （電話　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管　　　理  理　容　師 | | | | | | 住 所 | | | | | | □開設者と同じ。　／　〒　　　 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | | | | | □開設者と同じ。　／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登 録 番 号 | | | | | | 大臣　　第 　　　　　号　　　　 　　年　　　　月 　　　日  都道府県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 講習会修了 | | | | | | 第　　　　 号　　　 　　　 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開設予定  年　月　日 | | | | | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※確認年月日 | | | | | | 年　 月　 　日 | | | | | | | | | |
| ※廃業年月日 | | | | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | |
| 重複開設  美　容　所 | | | | | | 名称 | | | | | | □理容所と同じ。　／□他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設電話番号 | | | | | | □理容所と同じ。　／□他　　　　　　　　―　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 重複開設  予定年月日 | | | | | | □既開設  □予定（　　　　　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※確認年月日 | | | | | | 年　 月　 　日 | | | | | | | | | |
| ※廃業年月日 | | | | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | |
| 構 造 及 び 設 備 の 概 要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 作業場 | | | | | | 総　面　積 ： ㎡  作　業　場 ： ㎡　（基準：10㎡以上）    待　合　所 ： ㎡    理容用椅子　　： 脚　（基準：（作業場面積－3.4）÷3.3　台以下）    床材料（不浸透性）：コンクリート、タイル、リノリューム、板、その他（　　　　　　　）  腰　板（不浸透性）：コンクリート、タイル、リノリューム、板、その他（　　　　　　　）  従事者専用手洗設備：　　　　　　　　　台 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 洗髪設備 | | | | | | 洗髪専用設備 　 ：陶器製 　　　　　　　箇所、その他（　　　　　　　）　　 箇所  給湯設備　：　　有　　・　　無  使用水 ：水道水、井戸水、その他（　　　　　　　　）  排水 　　 ：下水道、その他（　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 洗浄・消毒  設備 | | | | | | 洗い場（流水装置）：陶器製　　　　　　　　箇所、その他（　　　　 　　） 　　箇所  給湯設備　：　　有　　・　　無  使用水 ：水道水、井戸水、その他（　　　　　　　　）  排水 　　 ：下水道、その他（　　　　　 ）  紫外線消毒器 ：　　　　　　　　　 台　　　　煮沸消毒器　 ：　　　　　　　 　　 台  蒸気消毒器 ：　　　　　　　　　 台  薬品消毒  エタノール　　　　　　　　：　　　有　　　・　　　無  次亜塩素酸ナトリウム　　　：　　　有　　　・　　　無  逆性石ケン　　　　　　　　：　　　有　　　・　　　無  グルコン酸クロルヘキシジン： 　　 有　　　・　　　無  両性界面活性剤　　　　　　：　　　有　　　・　　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附帯設備 | | | | | | 汚 物 箱（蓋付き）： 　　 個  毛 髪 箱（蓋付き）：　　　　　　　個  外傷に対する救急処置に必要な薬品及び衛生材料　：　　　有　　　・　　　無  皮膚に接する器具類を、消毒済みのものと  未消毒のものを区別するために必要な収納ケース等：　　　有　　　・　　　無  消毒済品用容器：　　　　　　　　　　個  未消毒品用容器：　 　　　　　　　個 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 採光換気 | | | | | | 換気（基準：炭酸ガスの量5㎤／L以下）  換気窓　・　換気扇（　　　　　　台）　・　空気調和設備（　　　　　　台）  照　明（基準：作業面の照度100ルクス以上）  蛍光灯：　　　ワット　 本・　　　ワット　　　　本・　　　ワット　　　本  電灯 ：　　　ワット 　　個・　　　ワット　　　　個・　　　ワット　　　個  LED ： 　　ワット　　 個・　　　ワット　　　　個・　　　ワット　　　個 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 理 容 所 の 平 面 図 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従 業 者 名 簿 | | | | | | |
| 理 容 師 |  | | 氏名 | 登録番号 | | |
| 講習会修了 | | |
| 1 | |  | 大臣・ 　 　都道府県 第　 　　号 　年 　 月　　日 | | |
| 第　　　　　　　号　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 2 | |  | 大臣・ 　 　都道府県 第　 　 　号 　年 　 月　　日 | | |
| 第　　　　　　　号　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 3 | |  | 大臣・ 　 　都道府県 第　 　 　号 　年 　 月　　日 | | |
| 第　　　　　　　号　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 4 | |  | 大臣・ 　 　都道府県 第　 　　号 　年 　 月　　日 | | |
| 第　　　　　　　号　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 5 | |  | 大臣・ 　 　都道府県 第　 　 　号 　年 　 月　　日 | | |
| 第　　　　　　　号　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 6 | |  | 大臣・ 　 　都道府県 第　 　 　号 　年 　 月　　日 | | |
| 第　　　　　　　号　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 7 | |  | 大臣・ 　 　都道府県 第　 　 　号 　年 　 月　　日 | | |
| 第　　　　　　　号　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 8 | |  | 大臣・ 　 　都道府県 第　 　　号 　年 　 月　　日 | | |
| 第　　　　　　　号　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 9 | |  | 大臣・ 　 　都道府県 第　 　 　号 　年 　 月　　日 | | |
| 第　　　　　　　号　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 10 | |  | 大臣・ 　 　都道府県 第　 　 　号 　年 　 月　　日 | | |
| 第　　　　　　　号　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 理容師  以外の  従業者 | 氏　　　名 | | | | | |
| 1 |  | | | 6 |  |
| 2 |  | | | 7 |  |
| 3 |  | | | 8 |  |
| 4 |  | | | 9 |  |
| 5 |  | | | 10 |  |

注１　不要の箇所は、抹消すること。

２　※印欄は、記入しないこと。

３　添付書類

（１）　理容師については、結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病の有無に関する医師の診断書及び管理理

容師たる資格をも有する者にあつてはその資格を証する書類

（２）　外国人が届出をするに当たつては、（１）の書類のほか、住民票の写し（住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第30

条の45に規定する国籍等を記載したものに限る。）