第１号様式（第２条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手数料欄(この欄には、申請者は記入しないで下さい。) | | | | | |
| 手数料領収済印 | | | |
| 領収 | 月　日 |  | |
| 番　号 | 第　　　　　　号 | |
| 金　額 | 円 | |
| 保健所  現　金  出納員 |  | 取扱者 |  |

理容所開設届

理容所開設届

　　　　　　　　令和　 年　　 月　　 日

　神奈川県平塚保健福祉事務所長　殿

開設者 （法人にあつては、所在地、名称及び代表者の氏名）

住　　所　〒

氏　　名

生年月日　　　昭・平　　　　　　年　　　 月　 　 日

電話番号（　　　　　　）　　　　―

（連絡先担当者　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　称 | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒  電話番号（　　　　　）　　　― | | | | | | | | | |
| 開設者 | 登録 | 国・　　　　都道府県　第 号 昭・平・令　 　年　　月　　日登録 | | | | | | | 登録  確認欄 |  | 疾病名 |
| 管理理容師  講習会修了証 | 第 号 昭・平・令　 年　　月　　日取得 | | | | | | | 修了証  確認欄 |  |  |
| 管 理 理 容 師 | 住所 |  | | | | | | | | | 疾病名 |
| 氏名 |  | | | | 生年月日 | | 昭・平　　　年　　月　　日 | | |  |
| 登録 | 国・　　　　都道府県　第 号 昭・平・令　 　年　　月　　日登録 | | | | | | | 登録  確認欄 |  |
| 管理理容師  講習会修了証 | 第 号 昭・平・令　 年　　月　　日取得 | | | | | | | 修了証  確認欄 |  |
| 従　業　者 | 氏名 | | | 生　年　月　日 | 登　録　番　号 | | 登　録　年　月　日 | | | 登録確認欄 | 疾病名 |
|  | | | 昭・平　　年　　月　　日 | 国・　　　　都道府県  第　　　　　　　　　号 | | 昭・平・令 　年　　月　　日 | | |  |  |
|  | | | 昭・平　　年　　月　　日 | 国・　　　　都道府県  第　　　　　　　　　号 | | 昭・平・令 　年　　月　　日 | | |  |  |
|  | | | 昭・平　　年　　月　　日 | 国・　　　　都道府県  第　　　　　　　　　号 | | 昭・平・令 　年　　月　　日 | | |  |  |
|  | | | 昭・平　　年　　月　　日 | 国・　　　　都道府県  第　　　　　　　　　号 | | 昭・平・令 　年　　月　　日 | | |  |  |
| 開設予定年月日 | | | 令和 　　年　　 月　　 日 | |  | | | | | | |
| ※当該理容所と同一の場所で現に開設されている美容所の有無 | | | | | 有（当該美容所の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 無 | | | | | | |
| ※当該理容所と同一の場所で開設予定の美容所の有無 | | | | | 有（当該美容所の開設予定年月日　令和 　　年　　月　　日） | | | | | | |
| 無 | | | | | | |

　　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。

（裏）　　　　　　　　　　　　　　　　理容所の構造及び設備の概要理容所の構造及び設備の概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 構　　　造 | 建物構造等 | | 造　　　　　階部分　　　・　　　面積　　　　　　　　㎡ | | | | | | |
| 住居等との区画 | | 壁　・　ガラス戸　・　板戸　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | | コンクリート | | タ　イ　ル | リノリューム | | 板 | そ　の　他 |
| 床 | |  | |  |  | |  |  |
| 内　 壁 | |  | |  |  | |  |  |
| 天　 井 | |  | |  |  | |  |  |
| 設　　　　　　備 | 待合設備 | | 有　　・　　無 | | | | | | |
| 消　毒　設　備 | (1)消 毒 方 法 | 紫外線　・　煮沸　・　蒸気　・　エタノール　・　塩素系薬剤　・　逆性石けん  グルコン酸クロルヘキシジン　・　両性界面活性剤 | | | | | | |
| (2)保 管 設 備 | 未　　　　消　　　　毒 | | | | 消　　　毒　　　済　　　み | | |
| 製　　　　　　　　　個 | | | | 製　　　　　　　　　個 | | |
| (3)メートルグラス | mL　　　個・　　　　　　mL　　　個 | | | | | | |
| 換 気 | | 自然換気　・　機械換気 | | | | | | |
| 照 明 | | ｗ　　　個・　　　　　　ｗ　　　個  　　　　 ｗ　　　個・　　　　　　ｗ　　　個 | | | | | | |
| 洗 い 場 | | 髪洗い場 | タイル・コンクリート・陶器・ステンレス・その他（　　　　　　　） | | | | | |
| その他 | タイル・コンクリート・陶器・ステンレス・その他（　　　　　　　） | | | | | |
| 排水処理 | | 公共下水道　・　都市下水路　・　その他（　　　　　　　　） | | | | | | |
| 理容いす | | 台 | | | | | | |
| 主な器具・布片類  ( )内に数量を  記載してください。（　）内に数量を記入してください。 | | クリッパー（ 　　）,はさみ（ 　　）,くし（ 　　）,かみそり（ 　　）,被布（ 　　）  タオル（ 　　）,マスク（ 　　）,作業衣（ 　　）,汚物箱（ 　　）,毛髪箱（ 　　） | | | | | | |
| 救急薬品 | | 有　・　無 | | | | | | |

添付書類　１ 理容所の平面図　２ 理容師につき結核、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を開設しようとする者の届出にあつては、管理理容師に係る都道府県知事の指定した講習会修了証の写し４ 外国人の届出にあつては、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。）

備考 １ 開設しようとする者が自ら管理理容師となる場合は、管理理容師の欄は、氏名のみ記入してください。

|  |
| --- |
| 調査復命 |
| 月　　　日調査　　　　　　　　項目を指示  　　　月　　　日調査　　　　　　　　項目を指示  　　　月　　　日調査　　　　　　　　項目を指示  確認　　　不確認（理由書添付）  意見  令和　　　年　 　月　 　日  環境衛生監視員 |
|
|