

送付先
〒242-0021
大和中央1-5-26
神奈川県厚木保健福祉事務所大和センター環境衛生課 あて
メールアドレス:横のQRコードを読み込んでください。→
FAX番号 046-261-7129



太枠内に点検結果や必要事項を記載して、
大和センター環境衛生課 あて、メール（写メ等）、FAX、郵送 のいずれかでお送りください。

令和7年度 理容所・美容所 自主点検表

点 検 内 容 ※は衛生管理要領に定めのあるもの		問題のない場合「○」、 問題のある場合は「×」 を記載してください。 ×の場合は改善をお願いします。
例 保健所への届出事項に変更はありませんか。		○
1	施設内は、清潔に保たれていますか。	
2	明るさは十分ありますか。また、換気は十分行われていますか。	
3	洗い場や洗髪設備は清掃しやすい構造で、清浄な水を使用できますか。	
4	施設内に犬、猫等の動物を入れていませんか。（身体障害者補助犬を除く。）※	
5	皮膚に接する器具や布片は、客1人ごとに洗浄・消毒していますか。	
6	器具類は適切に消毒していますか。（消毒方法は裏面を確認してください） 消毒液の有効期限は切れていませんか。 紫外線殺菌器の殺菌灯の交換時期を把握していますか。	
7	消毒済み品と未消毒品を区別して保管していますか。	
8	従事者は清潔な作業衣を着用し、客ごと作業の前後に手指を洗浄（消毒）していますか。※	
9	従事者に定期的に健康診断を受けさせていますか。※	
10	確認済証を掲示していますか。	
11	無資格者に理容行為・美容行為をさせていませんか。	
12	保健所への届出事項に変更はありませんか。（店舗名称、開設者氏名・住所、構造設備、理・美容師の異動）	

理・美容所の別	理容所 ・ 美容所 該当する方に○を付けてください。
確認済証の番号	
店舗名称	
店舗所在地	
開設者氏名 (法人の場合は名称)	
開設者住所	
理容イス・美容イスの数を記載してください。	台
店舗に勤務している理容師・美容師の名前を記載してください。 管理理容師・美容師： 理容師・美容師：	

点検日	年 月 日
点検者氏名	
連絡先 電話番号	

確認のためにお電話させていただく場合があります。
変更届等の事務手続き方法については、厚木保健福祉事務所大和センターホームページをご覧ください。
また、この様式のダウンロードができます。

HP

様式ダウンロード



問合せ先

神奈川県厚木保健福祉事務所大和センター環境衛生課

電話 046-261-2948

＜厚生省令で定める消毒方法＞

血液が付着している疑いの…

あるもの及びかみそり

十分に洗浄する

ないもの

十分に洗浄する

エタノールによる消毒

76.9～
81.4%

溶液中に10分間以上
浸す

次亜塩素酸
ナトリウムによる消毒

0.1%
以上

消毒薬を洗い流す

乾燥する

保管庫や器具棚へ収納する

煮沸消毒
器による
消毒

煮沸

2分間
以上煮
沸する

逆性
石ケン液

0.1%
以上

グルコン酸クロ
ルヘキシジン

0.05%
以上

溶液中に10分間以上浸す

両性界面
活性剤

0.1%
以上

次亜塩素酸ナ
トリウム

0.01%
以上

消毒薬を洗い流す

乾燥する

エタノール

76.9～
81.4%

綿・ガーゼに含
ませて拭く

10分間以上

蒸気消毒

80℃以上

10分間以上

煮沸消毒

煮沸

2分間以上

紫外線
照射

85 $\mu\text{W}/\text{cm}^2$
以上

20分間
以上