

年 月 日

福井保健所長 様

証紙貼付欄（消印をしないこと）

【申込番号】

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

（手数料納付システム利用時に記入）

住 所
氏 名

年 月 日生

電話番号

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称および代表者の氏名〕

理 容 所 開 設 届

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。

理容所	名称		電話番号	
	所在地			
開設者	氏名			
	住所			
管理理容師	氏名			
	住所			
	免許証（登録）番号および 免許（登録）年月日	第	年	月 日
	管理理容師資格認定講習会の修了番号 および修了年月日	第	年	月 日
	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の有無	有（ ） ・ 無		
理容師	氏名	免許証（登録）番号 および免許（登録）年月日	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の有無	
		第	年	月 日
		第	年	月 日
		第	年	月 日
		第	年	月 日
その他の 従業者	氏名	業務内容		
理容所の構造および設備の概要		別紙のとおり		
開設予定年月日	年 月 日	確認検査希望年月日	年 月 日	
同一の場所で 開設する美容所 がある場合	名称	開設（予定）年月日		
		年 月 日		

(添付書類)

- 1 施設の周囲100メートル内の付近見取図
- 2 理容所の構造（平面図を添付すること。）および設備の概要書
- 3 管理理容師資格認定講習会の修了証書の写し
- 4 理容師免許証の写し
- 5 理容師についての理容師法施行規則第19条第1項第6号に規定する疾病の有無に関する医師の診断書
- 6 施設が他人の所有であるときは、その所有者の承諾書
- 7 開設者が外国人であるときは、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。）

(注)

- 1 管理理容師資格認定講習会を修了している理容師については、欄外に修了年月日等を記載すること。
- 2 理容師免許証が福井県以外の都道府県において交付されたものであるときは、免許証番号欄にその都道府県名を記入すること。
- 3 同一の場所で美容所を開設している場合または同時に開設しようとする場合は、当該施設の施術者全員が理容師であり、かつ美容師であることを証する書類を添付すること。