

理 容 所 開 設 届 出 書

重複

年 月 日

尼崎市保健所長 あて

開設者 住所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

電話 （ ） ー

氏名（法人の場合は、その名称及び代表者の氏名）

生年月日 年 月 日生

次のとおり理容所を開設したいので、理容師法第 1 1 条第 1 項の規定により届け出ます。

理 容 所	名 称		
	所 在 地	尼崎市	
	施 設 電 話 番 号		
	開 設 予 定 年 月 日	年 月 日	
	構 造 及 び 設 備 の 概 要	※ 添付すること。	
同 一 の 場 所 で 開 設 す る 美 容 所 が あ る 場 合	名 称	開設予定の場合は、その年月日	

(以下は記入しないこと)

実態調査・意見 調査日 年 月 日 意見 ☐ 理容師法第 1 2 条に適する				検収印 16,000 円		收受印	
検査確認済証を発行します。 起 案 年 月 日 回議完了 年 月 日		課長	係長	係	回議	公文書の開示区分 ☐ 開示 ☐ 部分開示 ☐ 不開示 条例第 7 条 号該当 年 月 日まで	
検 査 確 認 番 号				施 設 管 理 番 号			公印
尼崎市指令（生）第 号 （ ）							

管 理 理 容 師（従事者が1人の場合は記入不要）		確認印
住 所		
氏 名		
生 年 月 日	年 月 日	
理 容 師 登 録 年 月 日・番 号	大臣・都・道・府・県 . . 第 号	
管 理 理 容 師 修 了 年 月 日・番 号	都・道・府・県 . . 第 号	
厚生労働大臣が指定する伝染性疾患の有無		有 . 無

理 容 師					確認印
氏 名	理 容 師 免 許			厚生労働大臣が指定する伝染性疾患の有無	
生 年 月 日	登 録 年 月 日	大臣・都・道・府・県	登 録 番 号		
年 月 日生	. .		第 号	有 . 無	
年 月 日生	. .		第 号	有 . 無	
年 月 日生	. .		第 号	有 . 無	
年 月 日生	. .		第 号	有 . 無	
年 月 日生	. .		第 号	有 . 無	
年 月 日生	. .		第 号	有 . 無	
年 月 日生	. .		第 号	有 . 無	

その他の従業者	
(氏名)	(氏名)
(氏名)	(氏名)

- (添付書類) 1 構造及び設備の概要がわかる書類（施設の平面図等）
2 付近の見取図
3 開設者が外国人の場合は、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。）
4 開設者が法人である場合には、当該法人の定款若しくは寄附行為の写し又は登記事項証明書（3ヶ月以内）
5 移動理容所の場合は、①移動経路、②営業場所、③営業時間、④車両の保管場所及び⑤自動車登録番号又は車両番号を記載した書類
- (提示書類) 1 理容師免許証
2 理容師の結核、皮膚疾患等の有無に関する医師の診断書（3ヶ月以内）
3 管理理容師を置く場合は、それを証する書類（理容師免許取得後3年以上理容業務に従事し、都道府県知事指定の講習会修了者であること）