

様式第1号  
(表面)

理容所開設届

年 月 日

(宛先) 前橋市保健所長

開設者  
住所

氏名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、  
名称及び代表者の氏名)

電話番号

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、関係書類を添えて届け出るとともに、同法第11条の2に規定する検査を申し込みます。

理容所	フリガナ			
	名 称			
	所在地			
	電話番号			
管理理容師	住所			
	氏名			
理容師	氏名	免許登録番号	免許登録年月日	伝染性疾患の有無
		大臣・都・道・府・県 第 号	年 月 日	有・無
		大臣・都・道・府・県 第 号	年 月 日	有・無
		大臣・都・道・府・県 第 号	年 月 日	有・無
		大臣・都・道・府・県 第 号	年 月 日	有・無
その他の従業員氏名				
開設予定年月日		年 月 日		
備考 (重複開設する施設の名称等)				

注 伝染性疾患については、結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定するものをいう。

※次の欄は保健所において使用しますので、記入・押印をしないでください。

審査手数料額 (円)	確認欄

受付印

(裏面)

理容所の構造設備等の概要

作業室の床面積	m <sup>2</sup>	理容椅子の台数	台
待合所の床面積	m <sup>2</sup>	作業室の区画方法	
作業室	消毒設備の種類、数量	<input type="checkbox"/> 薬液消毒 <input type="checkbox"/> 消毒用エタノール <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム <input type="checkbox"/> その他 ( ) 浸漬容器 _____個 <input type="checkbox"/> 紫外線消毒器 _____個 <input type="checkbox"/> 煮沸消毒器 _____個 <input type="checkbox"/> 蒸気消毒器 _____個	
	採光・照明 (作業面 100ルクス以上)	<input type="checkbox"/> 自然光 <input type="checkbox"/> 人工光	
	換気設備	<input type="checkbox"/> 動力 <input type="checkbox"/> 自然	
	床及び腰板(壁)の材料	床 ( ) 腰板 ( )	
	手指、器具用の洗い場の数		台
	洗髪用の洗い場の数		台
	備品	<input type="checkbox"/> 汚物箱(ふた付) _____個 <input type="checkbox"/> 毛髪箱(ふた付) _____個 <input type="checkbox"/> 救急薬品	
	その他		

添付書類

- 1 理容所の構造設備の概要を明らかにする平面図
- 2 理容師免許証又は理容師免許証明書の写し
- 3 理容師の健康診断書(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もの)
- 4 管理理容師をおく場合は、理容師法第11条の4第2項に規定する講習会の課程を修了したことを証する書類の写し
- 5 理容所の所在を示す地図
- 6 開設者が法人の場合は、登記事項証明書
- 7 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。)
- 8 理容師法施行規則第19条第1項ただし書の適用を受ける場合は、当該営業を譲り受けたことを証する書類