|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　（宛先）みなと保健所長開設者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　　話　　　　　（　　 ） |
| 　 | 法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び　代表者の氏名 | 　 |
| **理・美容所（従業者）変更届**　下記のとおり、本施設（従業者）を変更したので、理容師法・美容師法第１１条第２項の規定により届け出ます。記　１　施設の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２　施設の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　（　　　）　　　　　３　理容所・美容所営業に係る届出番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　４　変更事項　　　従業者次のとおり |
| フリガナ氏　　名生年月日 | 免許 |  | 区　分 | 備　考＊管理理・美容師の場合は修了年月日、修了証番号、取得場所 |
| 発行者 | 取得年月日 | 照合印 | 従業(雇用)日 |
| 異動(退職)日 |
| 免許番号 |
| 年　月　日 | 1.厚生労働省2.( ) | 　　年　月　日 |  | 年　月　日 | 1.管理2.一般3.その他 |  |
|  | 年　月　日 |
| 年　月　日 | 1.厚生労働省2.( ) | 　　年　月　日 |  | 年　月　日 | 1.管理2.一般3.その他 |  |
|  | 年　月　日 |
| 年　月　日 | 1.厚生労働省2.( ) | 　　年　月　日 |  | 　年　月　日 | 1.管理2.一般3.その他 |  |
|  | 年　月　日 |
| 年　月　日 | 1.厚生労働省2.( ) | 　　年　月　日 |  | 年　月　日 | 1.管理2.一般3.その他 |  |
|  | 年　月　日 |
| 年　月　日 | 1.厚生労働省2.( ) | 　　年　月　日 | 　 | 年　月　日 | 1.管理2.一般3.その他 |  |
|  | 年　月　日 |
| 　添付書類　① 健康診断書：結核・伝染性皮膚疾患の有無（発行から３か月以内のもの）（コピー不可）　　　　　　②管理理・美容師にあつてはそれを証する書類の写し　提示書類　１　理・美容師免許証の本証（コピー不可）　　　　　　２　管理理・美容師にあつてはそれを証する書類（コピー不可）とその写し |
|  | 処　理 | □ |