

○年 ○月 ○日

杉並区杉並保健所長 宛

開設者住所 **杉並区阿佐谷南一丁目15番1号**

氏 名 **杉並 太郎**

電 話 ○○ (○○○○) ○○○○

(法人の場合は、その所在地、名称及び代表者氏名)

美容所開設届

下記のとおり開設するので、美容師法第11条第1項の規定により届け出ます。

記

- 1 施設の名 称 **杉並美容室**
- 2 施設の所在地 杉並区 **阿佐谷南一丁目15番1号** 電話 ○○(○○○○) ○○○○
- 3 管理美容師氏名 **杉並 太郎** 住所 **杉並区阿佐谷南一丁目15番1号**
管理美容師がいる場合に記入してください
- 4 構造及び設備の概要 別紙のとおり
- 5 美容師の氏名及び登録番号並びにその他の従業員の氏名 別紙のとおり
- 6 美容師の伝染性疾病の有無 **無**
- 7 開設予定年月日 ○年 ○月 ○日
- 8 同一の場所で理容所が開設されている場合は、当該理容所の名称
開設予定日の1週間前までには申請してください
- 9 同一の場所で理容所の開設の届出がされている場合又は、本書と同時に届出を行う場合は、当該理容所の開設予定年月日 年 月 日

10 美容師法施行規則第19条第1項ただし書、第2項ただし書又は第3項ただし書の規定の適用を受ける場合にあつては、当該営業を譲り受けたことを証する旨 別紙のとおり

添付書類

- 1 美容師の場合は、美容師免許証又は美容師免許証明書及び当該美容師に係る伝染性疾病の有無に関する医師の診断書
- 2 管理美容師の場合は、それを証する書類
- 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 同一の場所で現に理容所が開設されている場合は、当該理容所に従事している施術者の美容師免許証又は美容師免許証明書及び理容師免許証又は理容師免許証明書
- 5 同一の場所で理容所の開設の届出がされている場合又は本書と同時に届出を行う場合は、理容所の開設の届出に記載した施術者の美容師免許証又は美容師免許証明書及び理容師免許証又は理容師免許証明書

保健所收受印	料金収納済印	業種別手数料印

構造設備の概要

建物の構造	鉄筋コンクリート・ 鉄骨 ・木造・()		床	コンクリート・タイル・ リリウム 板・()	
	5階建 使用部分 1階		腰板	コンクリート・タイル・リリウム・板・()	
採光窓	有 ・無		消毒設備	消毒室(場所) m ²	乾燥器(棚) 1個
照明	蛍光灯 28 w 15個 w 個 w 個 w 個	普通 60 w 10個 w 個 w 個 w 個		紫外線消毒器 台	布片格納棚 1個
				メスリンター 100 cc 1個 500 cc 1個	消毒器具容器 1個 未消毒器具容器 1個
	換気			薬液容器 平型 1個 円筒型 1個	未洗浄布片容器 1個
	作業室	25 m ²		計	器具(タワ)洗場1箇所
客待場所	4 m ²	29 m ²		その他設備	蒸タオル器 台 暖房設備 } エアコン ふた付き毛髪箱 1個 冷房設備 } ふた付き汚物箱 1個 全身美容 有・ 無
作業椅子	6 台	内訳	理容椅子 台	シャンプー椅子 2台	
アームドライヤー	台		セット椅子 4台	美顔術椅子 台	
			ドライヤー椅子 台		

記入時は、構造設備例を参考にしてください

施設平面図

別紙のとおり

図面のコピーを添付してください。
手書きでもかまいませんが、寸法は必ず記入してください

管理美容師がいる場合に記入してください

従業員名簿

管理美容師	氏名	修了証	照合
	杉並 太郎	○年 ○月 ○日 (○○) ○○○号	

氏名 生年月日	免許取得年月日 (発行者) 登録番号	本証 照合	従業別			備考
			管理者	美容師	見習い	
杉並 太郎 年 月 日	○年 ○月 ○日 (○○○) 第○○○○○号		○			
杉並 次郎 年 月 日	○年 ○月 ○日 (○○○) 第○○○○○号			○		
年 月 日	年 月 日 (第 号)					
年 月 日	年 月 日 (第 号)					
年 月 日	年 月 日 (第 号)					
年 月 日	年 月 日 (第 号)					

記入する必要はありません

該当する場所に○を記入してください

※ 美容師にあつては、免許証(原本)を提示すること。

手書きか、地図のコピーを添付してください

<input type="checkbox"/> 事業承継を行う	営業を譲り受けたことを証する書類の写し (別紙のとおり)
----------------------------------	------------------------------

診 断 書

氏 名	杉 並 司	性 別	男○女
生年月日	平成 3 年 3 月 3 日	年 齡	29 歳
住 所	杉並区阿佐谷南一丁目15番1号		
<p>上記の者は、結核および伝染性皮膚疾患でないものと認めます。</p> <p>上記のとおり診断します。</p>			
診 断 年 月 日	令和 2 年 4 月 1 日		
病院、診療所等の名称	杉保診療所		
所 在 地	杉並区荻窪五丁目20番1号		
電 話 番 号	03-3333-3333		
医師の氏名	杉 保 光		

※この診断書用紙は見本です。

所定の診断書用紙を用意していない場合は、ご使用ください。