

保健所長 様

住所
氏名
電話番号

出張理容・出張美容開始届

このことについて、下記のとおり届け出ます。

記

免許証	種別	理容師・美容師	
	登録番号	第 号	
	登録年月日	年 月 日	
出張業務の理由	<input type="checkbox"/> 1 疾病その他の理由により、理容所又は美容所に来ることができない者に対して業を行う		
	<input type="checkbox"/> 2 理容所又は美容所がない離島及び山間地に居住する者の求めに応じ、出張して業を行う		
出張業務の場所	<input type="checkbox"/> 3 社会福祉施設に出張して、入所している者に対して業を行う		
	※該当する項目の□にレ印を付けること。		
	1		
	2		
3	施設の所在地	施設名	
業務開始(予定)年月日	年 月 日		
備考			

※添付書類（県内（松江市を含む。）の理容所又は美容所に従事していない場合に限る）

①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医師の診断書

②理容師免許証（写し）又は美容師免許証（写し）

※この様式は、別表の区分2の場合に使用すること。

※県内（松江市を含む。）の理容所又は美容所に所属する理容師又は美容師が、当該理容所又は美容所の業務として行う以外の出張理容又は出張美容を行う場合もこの様式を使用すること。なお、この場合にあつては、「備考」欄に所属する店舗の所在地及び名称を記入すること。

※「種別」欄は、いずれかを○印で囲むこと。

※「出張業務の場所」欄は、「出張業務の理由」欄の1及び2の場合にあつては市町村名、3にあつては施設の所在地及び施設名を記入すること。