

理容所開設届出書

年 月 日

大阪府 保健所長 様
届出者 住 所

氏 名
〔 法人にあつては、
名称及び代表者の氏名 〕

理容師法第11条第1項の規定により、次のとおり理容所の開設の届出をします。

※以下の情報のうち、「確認済みの証」に記載される、施設名称・施設所在地・営業者名・確認番号、確認年月日については、原則大阪府ホームページで公開します。

フリガナ 名 称			
所 在 地			
電 話	<input type="checkbox"/> 電話番号公開不可		
F A X	開設予定年月日	年 月 日	
メールアドレス			
開 設 者 (届 出 者)	フリガナ 氏名又は名称		代表者の氏名
	住所又は所在地		
構 造 設 備	面 積	理容所面積 () m ² (内待合所面積 () m ²)	
	採光・照明	<input type="checkbox"/> 白熱灯 <input type="checkbox"/> 蛍光灯 <input type="checkbox"/> LED <input type="checkbox"/> その他 ()	
	換 気	<input type="checkbox"/> 自然換気 <input type="checkbox"/> 機械換気	
	床 材 質	<input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> クッションフロアシート <input type="checkbox"/> ビニールシート <input type="checkbox"/> リノリューム <input type="checkbox"/> 木板 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	腰板材質	<input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> クッションフロアシート <input type="checkbox"/> ビニールクロス <input type="checkbox"/> リノリューム <input type="checkbox"/> 木板 <input type="checkbox"/> その他 ()	
器 具	理容椅子 () 台	蒸タオル器 () 台	
	未消毒器具容器 () 個	消毒済器具容器 () 個	
	ふた付き毛髪箱 () 個	ふた付き汚物箱 () 個	
	流水装置 () 台	救急箱 () 個	
消 毒 方 法	<input type="checkbox"/> 紫外線 <input type="checkbox"/> 煮沸 <input type="checkbox"/> 湿熱 <input type="checkbox"/> エタノール <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム <input type="checkbox"/> 逆性石けん <input type="checkbox"/> グルコン酸クロルヘキシジン <input type="checkbox"/> 両性界面活性剤		

フリガナ 従業者氏名	免許番号 ・ 登録年月日	理容師の 伝染性疾病 の有無
	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県（ ）） 番号（第 号） 登録年月日（ 年 月 日）	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県（ ）） 番号（第 号） 登録年月日（ 年 月 日）	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県（ ）） 番号（第 号） 登録年月日（ 年 月 日）	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県（ ）） 番号（第 号） 登録年月日（ 年 月 日）	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県（ ）） 番号（第 号） 登録年月日（ 年 月 日）	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県（ ）） 番号（第 号） 登録年月日（ 年 月 日）	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県（ ）） 番号（第 号） 登録年月日（ 年 月 日）	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県（ ）） 番号（第 号） 登録年月日（ 年 月 日）	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県（ ）） 番号（第 号） 登録年月日（ 年 月 日）	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県（ ）） 番号（第 号） 登録年月日（ 年 月 日）	有 ・ 無
従業者数	（ ）人（内免許所有者数 人）	
フリガナ 管理理容師氏名	修了証番号 ・ 登録年月日	
	都道府県（ ） 番号（第 号） 登録年月日（ 年 月 日）	
	管理理容師住所	
理容所と同一の場所で現に美容所を開設している場合は、当該美容所の名称		
理容所と同一の場所で美容所を開設しようとして美容所開設届出書を提出している場合（上欄の場合を除き、この届出書と同時に美容所開設届出書を提出する場合を含む。）は、当該美容所の開設予定年月日		年 月 日

理容所の平面図

付近の見取図