

第3号様式(第3条関係)

年 月 日

杉並区杉並保健所長 宛

開設者住所  
氏 名

電 話

(法人の場合は、その所在地、名称及び代表者氏名)

## 理 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 杉並区

電話 ( )

3 変更事項 次のとおり

氏 名 生 年 月 日	免 許		従業(雇用) 年 月 日 移動(退職) 年 月 日	伝 染 性 疾 病		備 考
	取 得 都 道 府 県	年 月 日 番 号 照 合 印		り 患 年 月 日	治 癒 年 月 日	
・ ・		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・		・ ・		年 月 日	年 月 日	

- 添付書類 1 次のいずれかに該当する場合は、当該理容師に係る伝染性疾病の有無に関する医師の診断書  
 (1)理容師を新たに使用する場合  
 (2)理容師が疾病にり患した場合  
 (3)理容師の疾病が治癒した場合  
 2 新たに管理理容師となる者がいる場合は、それを証する書類  
 3 理容師を新たに使用する場合は、当該理容師の理容師免許証又は理容師免許証明書

# 診 断 書

氏 名		性 別	男・女
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
住 所			
<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	年 月 日		
病院、診療所等の名称			
所 在 地			
電 話 番 号			
医師の氏名	印		

※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。