

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 **杉並区阿佐谷南一丁目15番1号**
氏名 **杉並 花子**

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 **杉並理容室**
- 2 施設の所在地 杉並区**阿佐谷南一丁目15番1号** 電話○○(○○○○)○○○○
- 3 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 病 年月日 治癒年月日	備 考
	取 得 都道府県	年 月 日 番 号 照 合 印			
杉並 花代 ○・○・○	○ ○	○・○・○ ○○○○○	○年○月○日 年月日	年月日 年月日	
杉並 五郎 ・		・	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 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	

新たに理容師を雇用した場合

退職した場合

- 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	杉 並 司	性 別	男○女
生年月日	平成 3 年 3 月 3 日	年 齢	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。