

第2号様式（第2条関係）

令和2年 8月 21日

江戸川保健所長 殿

開設者住所 江戸川区東小岩三丁目 23 番
 株式会社江戸川HC
 代表取締役 江戸川 太郎
 氏 名
 電話 03(3658) 3177

法人の場合は、その所在地・法人名・代表者役職名・氏名を記入

（法人の場合は、その所在地、名称及び代表者の氏名）

理(美)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(美)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 **バーバードンケ**
- 2 施設の所在地 **江戸川区東小岩**
- 3 変更事項 次のとおり

厚生労働大臣名で交付された免許証は「国」と記入
 知事名で発行された免許証は都道府県名を記入

03) 3177

新たに雇用した場合

氏名	免 取 得		異動(退職)年月日	治 癒 年 月 日	疾 病 月 日	備 考
	都道府県	番 号				
葛西 舞子 H1. 3. 3 生	国	H21. 4. 20 987654	R2年 8月 1日	年 月 日		
. . 生	東京都	H28. 12. 15 28-112		年 月 日		管理理(美)容師
退職した場合			年 月 日	年 月 日		
大杉 隆 S62. 12. 24 生			R2年 7月 31日	年 月 日		
. . 生			年 月 日	年 月 日		
. . 生			年 月 日	年 月 日		
. . 生			年 月 日	年 月 日		
. . 生			年 月 日	年 月 日		

氏名・生年月日・異動(退職)年月日のみ記

管理理(美)容師の資格についても免許欄に記入

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患の有無に関する医師の診断書
 - (1) 理(美)容師を新たに使用する場合
 - (2) 理(美)容師が疾病にり患した場合
 - (3) 理(美)容師の疾病が治癒した場合
- 2 管理理(美)容師の場合は、それを証する書類

