

第2号様式（第2条関係）

年 月 日

江戸川保健所長 殿

開設者住所

氏 名

電話 ()

(法人の場合は、その所在地、名称及び代表者の氏名)

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

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 異動(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		
. . 生		. .		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
. . 生		. .		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
. . 生		. .		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
. . 生		. .		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
. . 生		. .		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
. . 生		. .		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
. . 生		. .		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 管理理容師の場合は、それを証する書類