受理します。 起　案　年　月　日 回議完了　年　月　日	課長	係長	係	回議	公文書の開示区分 □開示　□部分開示　□不開示 条例第7条　号該当　年　月　日まで 施設管理番号

理容所・美容所変更等届出書

重複

年　月　日

尼崎市保健所長　あて

開設者　住所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

電話　（　　）　　－

氏名（法人の場合は、名称及び代表者の氏名）

生年月日　　年　　月　　日生

営業施設　所在地

尼崎市

電話　（　　）　　－

名　称

検査確認番号　　年　月　日

尼崎市指令（　　）第　　号　（　）

理容師法又は美容師法第11条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

届出の事項 （該当事項に○印をつけ、裏面の同じ番号にその内容を記入してください。）	提示又は添付書類
1　開設者の住所の変更	法人の場合は、登記事項証明書を添付してください。
2　開設者の氏名の変更	法人の場合は、登記事項証明書を添付してください。 個人の場合は、戸籍抄本の写し等変更を証する書類を添付してください。
3　施設の名称の変更	
4　営業設備・構造の変更	変更部分を明示した図面を添付してください。
5　廃　止	検査確認済証を添付してください。
6　死亡・解散	検査確認済証を添付してください。 死亡・解散を証する書類及び開設者との関係がわかる戸籍謄本等を添付してください。 確認印
7　管理理・美容師の変更	理・美容師免許証及び管理理・美容師を証する書類（理・美容師免許取得後3年以上理・美容業務に従事し、都道府県知事指定の講習会修了者であること）を提示してください。
8　従事者の変更	理・美容師については、理・美容師免許証及び結核・感染性皮膚疾患・その他厚生労働大臣の指定する感染性疾病の有無に関する医師の診断書を提示してください。
9　その他（　　）	

※　太枠内のみ記入してください。

1　変更前の住所	
2　変更前の氏名	
3　変更前の屋号・名称又は商号	
4　営業設備等を変更した日 年　　月　　日	変更の内容
5　廃止した日	年　　月　　日
6　死亡または解散年月日	年　　月　　日

7　変更後の管理理・美容師

氏　名			
住　所			確認印
理・美容師免許	大臣・(　　)都道府県　　年　月　日　第　　号		
管理理・美容師	(　　)都道府県　　年　月　日　第　　号		

8　従事者(全員)

氏　　名	生年月日	理・美容師免許					確認印
		大臣	都道府県	登録年月日	登　録　番　号	厚生労働大臣が指定する伝染性疾病の有無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	
	・　・			・　・	第　　号	有　・　無	

9　その他