様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

福井市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

法人にあっては、その名称及び代表者の氏名並びに主たる事務所の所在地

理容所開設届出書

　理容所を開設したいので、理容師法第１１条第１項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 理容所 | 名　称 |  | | | | | | | 電話番号 |  |
| 所在地 |  | | | | | | | | |
| 開設者 | 氏　名 |  | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | |
| 管理理容師 | 氏　名 |  | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | |
| 免許証（登録）番号及び  免許（登録）年月日 | | | | | | | 第　　　　　　　　　号  年　　　　月　　　　日 | | |
| 管理理容師資格認定講習会の修了番号  及び修了年月日 | | | | | | | 第　　　　　　　　　号  年　　　　月　　　　日 | | |
| 結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の  指定する伝染性疾病の有無 | | | | | | | 有（　　　　　　　）　・　無 | | |
| 理容師 | 氏　名 | | | 免許証（登録）番号  及び免許（登録）年月日 | | | | | 結核、皮膚疾患その他厚生労働  大臣の指定する伝染性疾病の有無 | |
|  | | | 第　　　　　号  年　　月　　日 | | | | | 有（　　　　　　　）　・　無 | |
|  | | | 第　　　　　号  年　　月　　日 | | | | | 有（　　　　　　　）　・　無 | |
|  | | | 第　　　　　号  年　　月　　日 | | | | | 有（　　　　　　　）　・　無 | |
|  | | | 第　　　　　号  年　　月　　日 | | | | | 有（　　　　　　　）　・　無 | |
| その他の従業者 | 氏　名 | | | | | 業務内容 | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| 理容所の構造及び設備の概要 | | | | | 別紙のとおり | | | | | |
| 開設予定年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | 確認検査希望年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 同一の場所で  開設する美容所がある場合 | | | 名　称 | | | | | | 開設予定年月日 | |
|  | | | | | | 年　　月　　日 | |

備考

１　免許証番号欄に交付した都道府県名を記載すること。

　　２　施設の周囲１００メートル内の付近見取図を添付すること。

　　３　理容所の構造（平面図を添付すること。）及び設備の概要書を添付すること。

　　４　管理理容師の管理理容師資格認定講習会の修了証書の写しを添付すること。

　　５　理容師免許証の写しを添付すること。

　　６　理容師についての理容師法施行規則第１９条第１項第６号に規定する疾病の有無に関する医師の診断書を添付すること。

　　７　施設が他人の所有であるときは、その所有者の承諾書を添付すること。

　　８　開設者が外国人であるときは、住民票の写し（住民基本台帳法（昭和４２年法律第８１号）第３０条の４５に規定する国籍等を記載したものに限る。）を添付すること。

　　９　同一の場所で美容所を開設している場合又は同時に開設しようとする場合は、当該施設の施術者全員が理容師であり、かつ、美容師であることを証する書類を添付すること。

添付書類の様式（１）

|  |
| --- |
|  |

**付 近 １００ｍ 以 内 の 見 取 図**

（注）官公庁、社寺、鉄道等わかりやすい個所を書くこと

添付書類の様式（２）

　　　令和　　　年　　　月　　　日

**理 容 所 構 造 設 備 の 概 要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 作業室の面積 | ㎡（間口　　　　ｍ　奥行　　　　ｍ） |
| ２ | 椅子および鏡 | 組 |
| ３ | 待合室の面積 | ㎡（　　　　ｍ×　　　　ｍ） |
| ４ | 器具等納入用戸棚 | 個 |
| ５ | 消毒器 | 個　既未消毒の区別　　　有　　　無 |
| ６ | 洗場 | 材料 流水式装置 有　　　無 |
| ７ | 天井の高さ | ｍ |
| ８ | 採光面積 | ㎡ |
| ９ | 換気面積 | ㎡ |
| １０ | 作業室の照度 | Ｗ・lm　　　個　　　　　Ｗ・lm　　　個 |
| １１ | 毛髪箱 | 個　　　　　蓋　　　有　　無 |
| １２ | 汚物箱 | 個　　　　　蓋　　　有　　無 |
| １３ | 外傷に対する応急用  の薬品等の衛生材料 | 有　　　　　無 |
| １４ | 作業室の床の構造 | 張り |
| １５ | 作業室の腰板の構造 | 張り |
| １６ | 消毒薬品 |  |
| １７ | その他 |  |

添付書類の様式（３）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者の住所 |  | | |
| 申請者の氏名 |  | | |
| 営業種別 | 理容所 | 施設の名称又は屋号 |  |

**施設の平面図（配置図）**

　　　　 　　　　　　　　年度

|  |
| --- |
|  |

　（注）作成した図面がある場合は、別に添付するか、この用紙に貼り付けること

**履　　歴　　書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　　り　　が　　な | | |  | 電　話 |
| 氏　　　名 | | | 印 |
| 店　名 |
| 生　年　月　日 | | |  | |
| 本　　　　　籍  （番地まで記入） | | |  | |
| 現　　住　　所  （番地および○○方を記入） | | |  | |
| 資　　　　　格 | | | 都道  理容師免許 ・大臣第　　　　号（　　　年　　　月　　　日交付）  府県  管理理容師認定修了証番号第 号（　　　年　　　月　　　日修了） | |
| 学　　　　　　　　　　　　　歴　　（理容師養成施設を含む） | | | | |
| 年　号 | 年 | 月 | 事　　　　　　　　　　　　　　項 | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| 職　　　　　　　　　　　　　歴 | | | | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| 賞　　　　　　　　　　　　　罰 | | | | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

　以上のとおり相違ありません

令和　　　年　　　月　　　日

　　　 氏　名 印

**診断書**

住所

氏名

昭和・平成　　　年　　　月　　　日　生

１．結核　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　有　・　無

１．感染性の皮膚疾患　　　　　　　　　　　　　　有　・　無

上記のとおり診断します

　　　　　年　　　月　　　日

住　　　　　所

病院・診療所名

医　　　　　師　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**承　　諾　　書**

　　　　　甲を （賃貸物件名） 家主

（家主氏名）

（家主住所） とする。

　　　　　乙を （賃貸物件名） の使用者

（使用者氏名）

（使用者住所） とする。

　甲は、乙が （賃貸物件名）

（賃貸物件所在地）

を理容所として使用することを承諾します。

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　家主住所

家主名前 印