

課 長	区政情報管理責任者	主 査	担 当

東京都北区保健所長 殿

年 月 日

開設者住所

氏 名

年 月 日生 電話 ()
(法人の場合は、その名称、所在地、電話番号及び代表者氏名)

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 _____
- 2 施設の所在地 _____ 電話 () _____
- 3 変 更 事 項 従業者 次のとおり

氏 名 生 年 月 日	免 許			従業（雇用）年月日	伝 染 性 疾 病	備 考
	国 ・ 都 道 府 県	年 月 日 番 号	照 合 印		り 患 年 月 日	
				異動（退職）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	
・ ・ 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・美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・美容師にあつてはそれを証する書類

注 届出者は太線の内側だけ記載してください。個人情報を除く枠内の記載事項は情報公開の対象となります。

I D	N0.	資 格 者 数	有()名 無()名	台帳処理済	年 月 日
-----	-----	---------	-------------	-------	-------