別記

第１号様式

年　　　月　　　日

保健所長　様

　郵便番号

住　　所

　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞印

電話番号

法人にあっては、主たる事務所の所

在地、名称及び代表者の職・氏名

出　張　理　容　届出張理容承認申請書

次のとおり出張理容を実施したいので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出張理容を行う場所 | 所在地 |  |
| 施設名 |  |
| 出張理容期間 | 　 |
| 対象人員 | 　 |
| 出張理容業務対象者(該当する番号を○で囲んでください｡) | １　疾病その他の理由により、理容所に来ることができない者２　婚礼その他の儀式に参列するため、その儀式の直前に理容を行う者３　司法警察職員等の求めのあった被疑者等４　社会福祉法(昭和26年法律第45号)第2条第2項に規定する第一種社会福祉事業に係る施設に入所している者 |
| 出張理容を行う理容師 | 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 理容師免許 | 登 録番 号 | 　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　　　号 |
| 登　 録年月日 | 年　　　　　月　　　　　日  |
| 衛生管理責任者(常時2人以上の理容師を出張理容に従事させる場合) | 住 所 |  |
| 氏 名 |  |
| 生年月日 |  |

添付書類

　　１　出張理容を行う理容師の理容師免許証の写し

　　２　衛生管理責任者の理容師免許証の写し及び理容師法第11条の4第2項の規定に該当することを証する書類