

決済区分	課長	主査	担当者
丁			

第2号様式(第3条第2項関係)

平成 年 月 日

渋谷区保健所長 殿

開設者住所 _____

氏 名 _____ (印)

電話 ()
(法人の場合は、その所在地、名称及び代表者氏名)

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 移動(退職)年月日	伝 染 性 疾 病 り 患 年 月 日 治 癒 年 月 日	備 考
	取得都道府県	年 月 日 番 号			
. . 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病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

OA	台帳処理済
----	-------