

年 月 日

町田市保健所長 様

開設者 住所

氏名

電話 ()

〔 法人の場合は、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

町 田 市 美 容 所 従 業 者 変 更 届

美容所の従業者を変更しましたので、美容師法第11条第2項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 美容所の所在地 町田市 電話 ()
- 2 美容所の名称
- 3 変更事項 従業者について、次のとおり

ふりがな氏名 生年月日	免 許		従業（雇用）日 異動（退職）日	伝 染 性 疾 病		備 考
	取 得 都道府県	年 月 日 番 号		り 患 日 治 癒 日		
. . 生	国 ・ ()	. . _____		年 月 日	年 月 日	
				年 月 日	年 月 日	
. . 生	国 ・ ()	. . _____		年 月 日	年 月 日	
				年 月 日	年 月 日	
. . 生	国 ・ ()	. . _____		年 月 日	年 月 日	
				年 月 日	年 月 日	
. . 生	国 ・ ()	. . _____		年 月 日	年 月 日	
				年 月 日	年 月 日	
. . 生	国 ・ ()	. . _____		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、当該美容師に係る伝染病の有無に関する医師の診断書
(結核、伝染性皮肤病疾患の有無が記載された3ヶ月以内のもの)
ア 美容師を新たに使用する場合
イ 美容師が疾病にり患した場合
ウ 美容師の疾病が治癒した場合
- (2) 管理美容師については、それを証する書類
- (3) 美容師については、それを証する書類