

那覇市保健所長 宛

届出者 住 所

フリガナ

氏 名

電話番号

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、
名称、代表者の氏名及び電話番号)

美容所開設届

美容師法第11条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

美容所	名 称			
	所在地			
開設予定年月日		年 月 日		
構造設備の概要 ※		別紙のとおり		
当該美容所と同一の場所で現に開設されている理容所の有無 ※		<input type="checkbox"/> 有(理容所名称：) <input type="checkbox"/> 無		
当該美容所と同一の場所で開設予定の理容所の有無 ※		<input type="checkbox"/> 有(理容所の開設予定年月日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無		
美容師法施行規則第19条第1項ただし書、第2項ただし書 又は第3項ただし書の規定の適用の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
管 理 美 容 師 ※	氏 名 及 び 生 年 月 日	年 月 日生		
	住 所			
	美容師免許	登録番号	第 号	
		登録年月日	年 月 日 登録	
	管理美容師講習会修了証		第 号 年 月 日修了	
	美容師法施行規則第19条第1項 第6号に規定する疾病の有無		有 無	

(第2面)

美容師 ※	氏名及び生年月日	住所	免許登録年月日及び登録番号	美容師法施行規則第19条第1項第6号に規定する疾病の有無
	年 月 日生		年 月 日 第 号	有 無
	年 月 日生		年 月 日 第 号	有 無
	年 月 日生		年 月 日 第 号	有 無
	年 月 日生		年 月 日 第 号	有 無
	年 月 日生		年 月 日 第 号	有 無
その他の従業員の氏名 ※				
備考				

(備考)

- 1 美容師法施行規則第19条第1項ただし書、第2項ただし書又は第3項ただし書の規定の適用を受ける場合にあっては、変更がない事項について、※印の欄の記載を省略することができる。

(添付書類)

- 1 法人にあっては、登記事項証明書又は定款若しくは寄附行為の写し
- 2 美容所の付近の見取図
- 3 美容所の平面図
- 4 開設者及び美容師の履歴書
- 5 美容師につき、結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患の有無に関する医師の診断書
- 6 美容師の免許証又は免許証明書の写し
- 7 美容師である従業者の数が常時2人以上である美容所にあっては、管理美容師資格認定講習会修了証書の写し
- 8 美容師法施行規則第19条第1項、第2項又は第3項におけるただし書の規定の適用を受ける場合にあっては、当該営業を譲り受けたことを証する書類

※該当するものを○印で囲むか、数字又は文字を記入する。

理 (美) 容 所 構 造 設 備 の 概 要					
建物の構造	鉄筋コンクリート・鉄骨・木造・その他 ()				
床	コンクリート・タイル・リノリウム・板・その他 ()				
腰壁	洗い場	コンクリート・タイル・その他 ()			
	その他	コンクリート・タイル・その他 ()			
作業所 客待場所	m ² m ²	計 m ²	作業室と客待場所との境 ケース・ついたて・その他 ()		
換気	自然換気・換気扇・その他 ()				
採光窓	有 ・ 無				
照明	蛍光灯 個 ・ 白熱灯 個 () ルクス				
作業椅子	台	内 訳	理・美容椅子 台	シャンプー椅子 台	
			セット椅子 台	美顔術椅子 台	
			ドレイヤー椅子 台	アームドレイヤー 台	
消毒設備	消毒室(場所) 有 ・ 無		布片格納戸棚 個		
	紫外線消毒器 有 ・ 無		未洗浄布片容器 個		
	メスシリンダー 有 ・ 無		消毒済器具容器 個		
	薬液容器 有 ・ 無		未消毒器具容器 個		
	消毒薬の種類				
	タオルの消毒		蒸気消毒器・その他 ()		
設備	器具(刃等)洗い場 有 ・ 無		手洗設備 有 ・ 無		
	蓋付き毛髪箱 個		冷房設備 有 ・ 無		
	蓋付き汚物箱 個		暖房設備 有 ・ 無		
便所	汲取 ・ 水洗式				

※救急箱も完備のこと

第2号様式

理(美)容所における器具及び布片類							
(美)	品 目	備付基準	備付数	(理)	品 目	備付基準	備付数
1	タオル	1脚ごとに 20		1	タオル	1脚ごとに 20	
2	カッティングクロス	〃 2		2	カッティングクロス	〃 2	
3	シャンプークロス	〃 1		3	シャンプークロス	〃 1	
4	化粧衣	〃 1		4	シェービングクロス	〃 1	
5	セットコーム	〃 2		5	クリッパー (替刃)	〃 2	
6	テールコーム	〃 2		6	かみそり	〃 2	
7	荒ぐし	〃 2		7	はさみ	〃 2	
8	かみそり	〃 2		8	くし	〃 3	
9	はさみ	〃 2		9	刷毛	〃 2	
10	ローションブラシ (又はヘアダ イブラシ)	〃 2		10	シェービングブラシ	〃 2	
11	ヘアブラシ	〃 2		11	仕上げブラシ	〃 2	
12	刷毛	〃 2		12	ふけとりブラシ	〃 3	
13	ローションカップ (又はヘアダ イカップ)	〃 1		13	受け皿 (器具)	〃 1	
14	スポイト	〃 1		14	シェービングカップ	〃 1	
15	ドライヤー	美容所 ごとに 1		15	シャンプー容器	理容所 ごとに 1	
16	セット台	〃 1		16	石けんポット	〃 1	
17	液量計	〃 1		17	パウダー振出容器 (又はパウダーポット)	〃 1	
18				18	スポイト	〃 1	
19				19	酒精綿入れ	〃 1	
20				20	液量計	〃 1	

履 歴 書

本 籍 地 :

現 住 所 :

氏 名 :

生年月日: 年 月 日

学 歴

年 月		入学
年 月		卒業
年 月		入学
年 月		卒業
年 月		
年 月		

職 歴

年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

賞罰無し

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

氏名

印

第2号様式

健康診断書			
住 所			
氏名及び 生年月日	年 月 日生		
検査疾患	検査年月日	所 見	
肺 結 核	年 月 日	胸部X線写真所見 (フィルムNo.)	他所見
皮 膚 病	年 月 日		
美容師法施行規則第19条第1項 第6号に基づき厚生労働大臣が指 定する伝染性疾患がある場合は その旨			
判 定	就 業 : 適 ・ 不適		
上記のとおり診断する。			
年 月 日			
医療機関の住所及び名称			
医師名		印	
備考 X線写真で所見のあるものは、必ず ^{たん} 検痰又は培養成績記載のこと。			