|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課　　長 | 係　長 | 担 当 者 |
|  |  |  |  | 台帳処理済 |
|  |

**第２号様式（第２条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　太線の中だけ記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日  　中央区保健所長  開設者住所  氏　　　名  電話　　（　　　　）  （法人の場合は、名称、主たる事務 所の所在地及び代表者の氏名）  **理・美容所（従業者）変更届**  理容師法第11条第2項  美容師法第11条第2項  　下記のとおり、本施設（従業者）を変更したので、  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　東京都中央区　　　　　　　　　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 |
| 取　　得  都道府県 | 年　月　日 | 照合印 | り患年月日 |
| 異動(退職)年月日 |
| 番号 | 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 |
| 添付書類　１　次のいずれかに該当する場合は、当該理・美容師に係る結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の  指定す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・美容師の場合は、それを証する書類  　　　　　 ３　理・美容師の場合は、それを証する書類 | | | | | | |