|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |