

主管課長	主 査	担 当 者

殿

年 月 日

開設者住所

氏 名

㊟

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 異動(退職)年月日	伝 染 性 疾 病		備 考
	取 得 都 道 府 県	年 月 日 番 号		照 合 印	り 患 年 月 日	
・ ・ 生		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・ 生		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・ 生		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・ 生		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・ 生		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・ 生		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・ 生		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・ 生		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・ 生		・ ・		年 月 日	年 月 日	
・ ・ 生		・ ・		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・美容師にあってはそれを証する書類