

高知市保健所長 様

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

(法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の職・氏名)

出張理容届

次のとおり出張理容を実施したいので届け出ます。

出張理容を 行う場所	所在地		
	施設名		
出張理容期間			
対象人員			
出張理容業務 対象者 (該当する番号を ○で囲んでくださ い。)	1 疾病その他の理由により、理容所に来ることができない者 2 婚礼その他の儀式に参列するため、その儀式の直前に理容を行う者 3 司法警察職員等の求めのあつた被疑者等 4 社会福祉法（昭和26年法律第45号）第2条第2項に規定する第1種社会福祉事業に 係る施設に入所している者		
出張理容 を行う 理容師	氏 名		
	生 年 月 日		
	理容師 免許	登 録 番 号	第 号
		登 録 年月日	年 月 日
衛生管理責任者 (常時2人以上の 理容師を出張理容 に従事させる場 合)	住 所		
	氏 名		
	生年月日		

添付書類

- 出張理容を行う理容師の理容師免許証の写し（原本と照合するため原本を持参すること。）
- 衛生管理責任者の理容師免許証の写し及び理容師法第11条の4第2項の規定に該当することを証する書類の写し（原本と照合するため原本を持参すること。）