

# 理容所従業者異動届出書

年 月 日

(宛先) 新潟市保健所長

開設者 \*住所 (法人にあっては所在地)

\*氏名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)

\*電話番号

- -

理容師法第11条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

理 容 所		* 名 称			
		* 所在地 新潟市			
		* 電話番号 - -			
検査確認済証の番号及び交付年月日		第 号 年 月 日			
理 容 師	* 氏 名	生 年 月 日	免 許 証 番 号		* 異動年月日
		年 月 日	第 号	登録年月日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出
		年 月 日	第 号	年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出
		年 月 日	第 号	年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出
そ の 他		年 月 日			年 月 日 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出
		年 月 日			年 月 日 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出
		年 月 日			年 月 日 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出

添付書類 (転入の場合)

理容師についての結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患に関する医師の診断書