

様式第9号

出張理容届

年 月 日

(あて先) 川口市長

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

次のとおり出張理容を行いたいので届け出ます。

登 録 番 号		
登 録 年 月 日		年 月 日
結核、皮膚疾患等の有無		
所属する理容所 がある場合	名 称	
	所在地	
出張理容を行う 場所	名 称	1 利用者の自宅 2 社会福祉施設等 (名称 : _____)
	所在地	川口市
出張理容を行う特別の事情		1 疾病その他の理由により理容所に来ることが できない者に対して理容を行う場合 2 留置施設の被留置者に対して理容を行う場合 3 その他 (_____)
出張理容の開始予定年月日		年 月 日

提出書類一覧

- ・理容師免許証の写し ※原本を提示してください。
- ・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の有無に関する医師の診断書
- ・携行品及び消毒設備等が確認できるもの (概要及び写真)
- ・当該届出書 (川口市理容師法施行細則様式第9号) の写し
- ・市内の理容所に所属している者で、理容師免許証の写し及び診断書を省略する場合は、開設者の同意書 ※下記同意文にも署名すること。

私は、現在勤務している理容所の開設者が届け出たもののうち、この申請に必要な私の情報を川口市保健所生活衛生課から取得することに同意します。

氏名 _____