第２号様式（第３条関係）

|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日　中野区保健所長　宛て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 照合印 | り患年月日 |
| 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 |
| ・　　・　　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、当該理容師に係る伝染性疾病の有無に関する医師の診断書　　　　　　⑴　理容師を新たに使用する場合　　　　　　⑵　理容師が疾病にり患した場合　　　　　　⑶　理容師の疾病が治癒した場合　　　　　２　管理理容師の場合は、それを証する書類　　　　　３　理容師の場合は、それを証する書類 |